STELLUNGNAHME

Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation e. V.
Solmsstraße 18
Gebäude E
60486 Frankfurt am Main

Telefon 069.60 50 18-20
Telefax 069.60 50 18-37
helga.seel@bar-frankfurt.de
www.bar-frankfurt.de

Die Geschäftsführerin

Stellungnahme des erweiterten Geschäftsführenden Vorstandsausschusses der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz) vom 26. April 2016 aus trägerübergreifender Perspektive

Zusammenfassung:

- SGB IX als verbindliches Leitgesetz stärken.
- Einheitliche Grundsätze für Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs etablieren.
- Verbindliche Leistungskoordinierung einfacher machen, Kostenerstattungsregelungen vereinheitlichen, Gleichbehandlung der Rehabilitationsträger und deren Zusammenarbeit auf Augenhöhe sicherstellen.
- Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger voranbringen: Instrument der Gemeinsamen Empfehlungen verbindlicher regeln.
- Trägerübergreifende Beratung für Menschen mit Behinderungen und für Arbeitgeber sichern, Beratungsstandards für alle Angebote vereinbaren.
- BAR als Plattform noch stärker nutzen – Voraussetzungen der Aufgabenerfüllung weiter verbessern.

Der „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz)“ formuliert u. a. folgende Ziele:

- Die Leistungen sollen wie aus einer Hand erbracht und zeitintensive Zuständigkeitskonflikte der Träger untereinander sowie Doppelbegutachtungen zulasten der Menschen mit Behinderungen vermieden werden.
- Durch eine ergänzende, unabhängige Teilhabeberatung soll die Position von Menschen mit Behinderungen im Verhältnis zu den Leistungsträgern und Leistungserbringern gestärkt werden.
- Die Zusammenarbeit der unter dem Dach der BAR befindlichen Rehabilitationsträger und die Transparenz des Rehabilitationsgeschehens sollen verbessert werden.

Daran gemessen werden nachfolgend einige der geplanten Neuregelungen näher betrachtet. Aufgegriffen werden vor allem ausgewählte Aspekte, die die Aufgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. als Zusammenschluss der Rehabilitationsträger besonders betreffen.

Leitgedanken sind:

- Verbesserungen für Menschen mit Behinderungen erreichen.
- Als ein entscheidendes Mittel dafür: die trägerübergreifende Koordination und Kooperation weiter verbessern.

Aus Zeitgründen sind in der Stellungnahme weitere Themenbereiche ausgeklammert, z. B.:

Frühförderung, persönliches Budget, Budget für Arbeit, Sozialdatenschutz, Behinderungsbegriff.

Kapitel 1 mit § 7 zum Vorbehalt abweichender Regelungen

SGB IX als verbindliches Leitgesetz stärken

Ein Kernanliegen der Reform ist es, die trägerübergreifende Zusammenarbeit und Konvergenz des Reha-Rechts zu stärken. Dieses Ziel wird mit der Neufassung des § 7 teilweise erreicht. Allerdings bezieht sich die sinnvolle Innovation „abweichungsfest“ (§ 7 Abs. 2) auf die Kapitel 2 bis 4 – auf alle anderen Kapitel des Teils 1 nicht. Daher bleibt fraglich, ob das Gesetz insgesamt in der Praxis zu der beabsichtigten Stärkung des in Teil 1 geregelten allgemeinen Rechts im Sinne von Artikel 84 Absatz 1 Satz 5 des Grundgesetzes führen wird (*vgl. Seite 3 in der Einführung zum Referentenentwurf*).

Die Regelung, dass von Kapitel 4 (Koordinierung der Leistungen) durch Landesrecht nicht abgewichen werden kann, entspricht zunächst dem formulierten Regelungsziel. In der Gesetzesbegründung wird zu Recht darauf hingewiesen, dass Vorgaben über die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger nur bundeseinheitlich geregelt werden können. Ohne solche Grundlagen sei eine wirksame Kooperation der kommunalen Träger, der Landesträger und der Sozialversicherungsträger nicht möglich (*vgl. Seite 199f. des Referentenentwurfes*).

Welche Folgen die Neuregelung in § 7 Abs. 2 Satz 2 – insbesondere für die Zusammenarbeit zwischen Sozialversicherung und Sozialhilfe – darüber hinaus haben kann, bleibt allerdings offen. Dies gilt vor allem dann, wenn Grundlagen betroffen sind, die außerhalb von Kapitel 4 geregelt werden. Ohne verbindliche Vorgaben über die Zusammenarbeit als gemeinsamer Klammer für die weitere konkrete Umsetzung kann jedes Bundesland eigene Regelungen sehr unterschiedlich ausgestalten – losgelöst von jeglichen gemeinsamen und für alle geltenden Grundlagen. Beispiele hierfür sind die Handlungsfelder „Bedarfsermittlung“ und „Beratungsangebote“.

Trägerübergreifende Regelungen z. B. durch Gemeinsame Empfehlungen bleiben so in ihrer Reichweite weiterhin begrenzt. Es ist absehbar, dass sich gerade für die Sozialversicherungsträger als bundesweit agierende Rehabilitationsträger die Komplexität, die Unübersichtlichkeit

und die Streitanfälligkeit im Verhältnis zu anderen Rehabilitationsträgern sogar noch erhöhen werden. Für Menschen mit Behinderungen werden vergleichbare Angebote so nicht sichergestellt werden können.

Wir schlagen folgende konkrete Änderungen im Referentenentwurf vor:

Zu § 7:

(2) Abweichend von Absatz 1 gehen die Vorschriften der Kapitel 2 bis ~~4~~ **8** den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen vor. Von den Vorschriften in **den** Kapitel**n** 4 **und 5** kann durch Landesrecht nicht abgewichen werden.

Kapitel 3 mit § 13 zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

Einheitliche Grundsätze für Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs etablieren

Die Bedarfsermittlung ist zentral und der Schlüssel zu passgenauen und abgestimmten Teilhabeleistungen. Den dafür von den Rehabilitationsträgern und schließlich auch von den Leistungserbringern eingesetzten Instrumenten kommt deshalb eine hohe Bedeutung zu. Begrifflich fasst der Normtext unter Instrumenten systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel zusammen. Gleichzeitig verwendet der Begründungstext Begriffe wie Verfahren und Methoden, ohne dass Begriffsunterschiede hinreichend klar werden.

Für Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf, der von mehreren Trägern zu erfüllen ist, ist Bedarfsermittlung ein ganz entscheidender Ausgangspunkt: Die im Sinne von Personenzentrierung damit verbundene Konzentration auf die Person und ihre Bedarfe setzt viel stärker als bisher voraus, dass die eingesetzten Instrumente zur Ermittlung des jeweils individuellen Bedarfs bei allen Rehabilitationsträgern auf einheitlichen trägerübergreifenden Grundsätzen beruhen und dem umfassenden Ansatz des SGB IX und der UN-BRK konsequent folgen. Nur so passen die jeweils ermittelten Bedarfe zusammen und lassen sich die dabei gewonnenen Erkenntnisse auch von anderen Trägern nutzen. Deren spätere Leistungsentscheidungen und die daraus resultierenden Teilleistungen fügen sich dann wirksam und wirtschaftlich zu einer gesamten Leistung zusammen, wenn sie einheitlichen trägerübergreifenden Grundsätzen folgen, die von allen als verbindlich akzeptiert sind und angewendet werden. Hierdurch werden der mehrfache Einsatz von Instrumenten der Bedarfsermittlung, Doppelbegutachtungen zulasten von Menschen mit Behinderungen und weitere für alle Beteiligten (kosten-)aufwändige Verfahrensschritte vermieden.

Besonders deutlich wird ein entsprechender Regelungsbedarf an der in Teil 1 Kapitel 4 neu vorgesehenen Möglichkeit bzw. Verpflichtung, als „Ultima Ratio“ Entscheidungen zu Lasten eines anderen Trägers zu treffen. Denn dies setzt unbedingt gemeinsame, zumindest aber aneinander anschlussfähige Instrumente der Bedarfsermittlung voraus. Ansonsten besteht die

Gefahr von Rechtstreitigkeiten wegen fehlender Anschlussfähigkeit und Akzeptanz der Entscheidungsgrundlagen.

Die Sozialpartner haben ausdrücklich Verbesserungen bei der Begutachtung eingefordert. Hier und im Bereich Bedarfsermittlung/-feststellung sind eine Reihe inhaltlicher Weiterentwicklungen vorgesehen. Die konkrete Ausgestaltung und deren Begründung führen jedoch auch zu neuen Fragen und stellen teilweise einen Rückschritt dar.

Die Bezugnahme auf die ICF in den neuen Regelungen zur Bedarfsermittlung (abzuleiten aus der Normierung der „funktionsbezogenen" Bedarfsermittlung in § 13 Abs. 2 Satz 1) ist zwar zielführend. In der konkreten Ausgestaltung der Norm fehlt allerdings nunmehr, anders als noch in § 10 SGB IX-a.F., eine inhaltliche „Klammer" für die eingesetzten Instrumente. Denn der konkrete Norm- und Begründungstext stellt deren Anwendung letztlich ins Belieben – eine Verbesserung der trägerübergreifenden Kooperation und Koordination lässt sich so nicht erreichen.

Deshalb sollte das Verfahren der Bedarfsermittlung in Teil 1 den Forderungen aus der Reformdiskussion konsequenter folgen, wie dies auch im Recht der Eingliederungshilfe in Teil 2, Kapitel 7 teilweise aufgegriffen wird. So sind z. B. die in § 117 genannten Kriterien für ein Gesamtplanverfahren bereits in der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess" dem Grunde nach trägerübergreifend konsentiert. Gleichzeitig ist festzustellen, dass insbesondere die Sozialversicherung maßgeblich zur Entwicklung und Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells und der ICF in der Rehabilitation und Teilhabe in Deutschland beigetragen hat. Diese Tatsache spiegelt sich im Referentenentwurf nicht wider. In Frage zu stellen sind daher umso mehr die Ausführungen zur unterschiedlichen Heranziehung der Rehabilitationsträger zu einer wissenschaftlichen Untersuchung über die ICF-Orientierung einzelner Leistungsgesetze (*vgl. auch Begründung Seite 229*).

Die Einbindung des Themenfeldes Begutachtung ins Koordinierungsverfahren nach einem Reha-Antrag wurde zwar gestärkt, trägerübergreifende inhaltliche Maßstäbe sind hier aber ebenfalls eher relativiert.

Für uns ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

- Trägerübergreifende Grundsätze der Bedarfsermittlung konkreter und verbindlicher in § 13 verankern, z. B. durch
  - klare Bezugnahme auf das bio-psycho-soziale Modell bzw. die ICF.
  - Gestaltung des Verfahrens nach den Kriterien in Anlehnung an § 117 SGB IX-E.
  - verbindlichere Bezugnahme auf das SGB IX und die zu vereinbarenden einheitlichen Grundsätze (§ 13 Abs. 1).
  - Klarstellung, dass für die Eingliederungshilfe § 118 <u>ergänzend</u> gilt.
- Entsprechende Anpassungen in der Gesetzesbegründung.
- Auch bei der Begutachtung klare Bezugnahme auf das bio-psycho-soziale Modell bzw. auf die ICF und die zu vereinbarenden einheitlichen Grundsätze (§ 17 Abs. 2).

Wir schlagen folgende konkrete Änderungen im Referentenentwurf vor:

Zu § 13:

(1) Die Bedarfsermittlung hat umfassend zu erfolgen. Sie ist transparent, trägerübergreifend, interdisziplinär, konsensorientiert, individuell, lebensweltbezogen, sozialraumorientiert und zielorientiert auszurichten. Sie erfolgt unter Nutzung von Instrumenten nach Absatz 2. Leistungsberechtigte sind an allen die Bedarfsermittlung betreffenden Verfahrenshandlungen zu beteiligen.

(~~1~~**2**) Zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs verwenden die Rehabilitationsträger systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) ~~nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen~~. Die Instrumente ~~sollen~~ **haben** den von den Rehabilitationsträgern vereinbarten Grundsätzen für Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 26 Absatz 2 Nummer 7 **zu** entsprechen. Für die Träger der Eingliederungshilfe gilt § 118 **ergänzend**.

Redaktionelle Folgeänderungen in den weiteren Absätzen (Bezugnahmen auf Abs. 1 alt) sind erforderlich.

Anpassungen in der Gesetzesbegründung zu § 13 werden vorgeschlagen, siehe Seite 11:

Zu § 17:

(2) […] Das Gutachten ~~soll~~ **hat** den von den Rehabilitationsträgern vereinbarten einheitlichen Grundsätzen zur Durchführung von Begutachtungen nach § 25 Absatz 1 Nummer 4 **zu** entsprechen.

Kapitel 4 mit §§ 14 bis 20 zur Koordinierung der Leistungen

Verbindliche Leistungskoordinierung einfacher machen
Kostenerstattungsregelungen vereinheitlichen
Gleichbehandlung der Rehabilitationsträger und deren Zusammenarbeit auf Augenhöhe sicherstellen

Die neuen Regelungen für die zentralen Elemente des Reha-Verfahrens (nach Antragstellung) sind gerade bei Trägermehrheit verbindlicher als die Vorgaben des bisherigen § 14 SGB IX. Die im Beteiligungsprozess des BMAS formulierten, grundsätzlichen Vorstellungen z. B. der Sozialpartner werden damit aufgegriffen. Als eines der Ziele des BTHG ist dies im Sinne der Leistungsberechtigten vor allem mit „komplexen Bedarfen“ zu begrüßen. Die neuen Regelungen müssen sich am dem Prinzip „Leistungen wie aus einer Hand“ (vgl. S.2 der Gesetzesbegrün-

dung) messen lassen. Dafür allerdings sind die vorgesehenen Neuregelungen zum Teil zu kompliziert und bürokratisch, verwaltungstechnisch schwer umsetzbar und streitanfällig.

Die vorgesehenen Neuregelungen (§§ 15, 19 bis 22 SGB IX-E) erfordern, dass Träger im Rahmen der Bedarfsfeststellung auch über Leistungsbestandteile entscheiden, für die sie „eigentlich“ nicht zuständig sind. Bei Fristversäumnis des zu beteiligenden Trägers wird dies in Eigenregie notwendig. Eine solche Befugnis ist verbunden mit voller Kostenerstattung einschließlich Verwaltungskostenpauschale. Die Träger der Eingliederungshilfe werden voraussichtlich öfter in dieser Position sein als die Sozialversicherungsträger (vgl. § 15 Abs. 1 bis 4 SGB IX-E). Problematisch ist die „Privilegierung“ von Eingliederungshilfe, Jugendhilfe und Kriegsopferfürsorge – nur für diese Träger ist der Erstattungsanspruch zu verzinsen (§ 16 Abs. 6 SGB IX-E). Hier besteht die Gefahr von Fehlanreizen. In der Begründung werden solche „robuster ausgestalteten Erstattungsansprüche“ auf eine besondere Schutzbedürftigkeit dieser nachrangigen, auf der niedrigsten Stufe des Systems der sozialen Sicherung agierenden, Träger gestützt (*vgl. Seite 234 des Entwurfes*).

Für uns ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

- Das Koordinierungsverfahren nach Reha-Antrag, das für alle Rehabilitationsträger gleichermaßen gilt, vereinfachen und einheitlich gestalten.
- Verfahren verschlanken, Begrifflichkeiten klarer fassen. Insbesondere braucht es die komplexe Verfahrensdifferenzierung nach Leistungsgruppen (§ 15 Abs. 1 bis 3) nicht.
- Auf Verzinsung des Erstattungsanspruchs verzichten.

Wir schlagen folgende konkrete Änderungen im Referentenentwurf vor:

Zu § 15:

(3) Der leistende Rehabilitationsträger **führt in den Fällen des Absatz 1 und Absatz 2 ein Teilhabeplanverfahren nach den §§ 19-23 durch. In den Fällen nach Absatz 2 entscheidet er** über den Antrag ~~in den Fällen nach Absatz 2~~ und erbringt die Leistungen im eigenen Namen. Abweichend von Satz ~~1~~ **2** bewilligen und erbringen die **beteiligten** Rehabilitationsträger die Leistungen […]

Anpassungen in der Gesetzesbegründung zu § 15 werden vorgeschlagen, siehe Seite 12

Zu § 16:

Zu Abs. 4 Satz 1: Jedenfalls in der Begründung sollte ein klarstellender Hinweis erfolgen auf die ständige Rechtsprechung des BSG zum Erstattungsanspruch des erstangegangenen Trägers im Zusammenhang mit § 14 Abs. 4 S. 3 SGB IX.

Zu Absatz 6: streichen.

Zu § 18:

Zu Absatz 6: streichen.

Zu § 19:

(1) Soweit **Anlass zur Annahme besteht, dass** Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ~~ist~~ **hat** der leistende Rehabilitationsträger **ein Teilhabeplanverfahren durchzuführen. Hierbei ist dieser** dafür verantwortlich, dass er und die nach § 15 beteiligten Rehabilitationsträger **nach Maßgabe der nachfolgenden Vorschriften** im Benehmen miteinander und […].

(2) Der leistende Rehabilitationsträger erstellt […]. Der Teilhabeplan dokumentiert […]

8. die einvernehmliche, umfassende und trägerübergreifende Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in den Fällen nach § 15 Absatz 3 Satz ~~2~~ **3,**

9. Art, Umfang und inhaltliche Ausgestaltung der vorgesehenen Leistungen,

[…]“

Zu § 20:

(1) ~~Mit Zustimmung der Leistungsberechtigten kann~~ **D**er für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens nach §19 verantwortliche Rehabilitationsträger **führt** zur gemeinsamen Beratung der Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf eine Teilhabeplankonferenz durch, **sofern der Leistungsberechtigte dem zustimmt.** ~~führen. Die Leistungsberechtigten und die beteiligten Rehabilitationsträger können dem nach § 19 verantwortlichen Rehabilitationsträger die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz vorschlagen. Von dem Vorschlag a~~**A**uf **die** Durchführung einer Teilhabeplankonferenz kann ~~abgewichen~~ **verzichtet** werden, wenn

1. der zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs maßgebliche Sachverhalt **auch ohne eine solche** schriftlich ermittelt ~~werden kann~~ **ist und kein wesentlicher Beratungs- und Abstimmungsbedarf besteht oder**

2. der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang **des ausgehend vom Antrag ermittelten Rehabilitationsbedarfs** ~~der beantragten Leistung~~ steht

3. oder eine Einwilligung nach § 23 Absatz 2 nicht erteilt wurde.

Abweichend von Satz 2 ist eine Teilhabekonferenz durchzuführen, wenn der Leistungsberechtigte dies wünscht.

Zudem den Änderungen in § 20 entsprechende redaktionelle Parallelisierungen von § 119.

Kapitel 5 mit §§ 25 bis 27 zur Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger voranbringen: Instrument der Gemeinsamen Empfehlungen verbindlicher regeln

Gemeinsame Empfehlungen (GE) sind im SGB IX das zentrale Verständigungsinstrument für die trägerübergreifende Zusammenarbeit. Den GE fehlt es nach wie vor an Verbindlichkeit; auch sind nicht alle Rehabilitationsträger gleichermaßen einbezogen. Die Mängel des Instruments GE sind bekannt und werden auch in dem von der BAR alle zwei Jahre zu erstellenden Bericht über die Erfahrungen der Träger mit den GE erkennbar.

Die Sozialpartner halten eine Stärkung des GE für erforderlich und haben eine höhere Verbindlichkeit der GE ausdrücklich gefordert. Mit dem Referentenentwurf wird dies nicht eingelöst. Im Gegenteil: Die bisherige Verbindlichkeit Gemeinsamer Empfehlungen wird nicht erhöht, eher noch geschwächt: Die ungleiche Einbeziehung und Verpflichtung der Rehabilitationsträger bleiben bestehen. Und insbesondere durch die Neufassung des § 7 zum Vorbehalt abweichender Regelungen und den umfassenden Sonderregelungen im Eingliederungshilferecht wird der Wirkungsgrad der GE sehr wahrscheinlich weiter begrenzt bleiben.

Demgegenüber ist offenkundig, dass eine Verständigung aller Träger über trägerübergreifende Vereinbarungen wie die Gemeinsamen Empfehlungen mit ausschlaggebend für den Erfolg der Neuregelungen sein werden. Sie sind handlungsleitend und qualitätssichernd und dienen der Überschaubarkeit und Transparenz für alle Akteure. Sie sind bundeseinheitliche Grundlage für eine weitere regionale Ausgestaltung und unterstützen letztlich Steuerung und Weiterentwicklung.

Kapitel 6 mit § 32 zur ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung

Trägerübergreifende Beratung für Menschen mit Behinderungen und für Arbeitgeber sichern, Beratungsstandards für alle Angebote vereinbaren

Das neue, ergänzende Beratungsangebot nach § 32 SGB IX soll unabhängig von Leistungsträgern und Leistungserbringern und ein Angebot – allein – für Menschen mit Behinderungen sein.

Das Beratungsangebot ergänzt die bereits bestehenden Angebote, die von den Rehabilitationsträgern für alle Ratsuchenden vorgehalten werden: Menschen mit Behinderungen, Angehörige von Menschen mit Behinderungen, Arbeitgeber, Interessenvertretungen.

Wenn dieses neue Angebot die bestehenden Beratungsstrukturen ergänzen soll, dann braucht es trotz seiner Unabhängigkeit von Anfang an ein Zusammenwirken mit den Beratungsangeboten der Rehabilitationsträger. Diese haben sich bereits mit trägerübergreifenden Beratungsstandards auf einen gemeinsamen Weg gemacht. Für eine Anschlussfähigkeit des neuen Bera-

tungsangebots an die bestehenden Strukturen ist die Klärung seiner inhaltlichen Ausrichtung eine wesentliche Voraussetzung, Gelingt diese Verknüpfung nicht, sind Unsicherheiten, Streitigkeiten, Fehlanreize und Verwerfungen absehbar.

Deshalb können alle Beratungsangebote nur davon profitieren, wenn sie durch Standards einerseits miteinander verbunden sind und andererseits ihre jeweils spezifische Rolle im System der Rehabilitation und Teilhabe damit definieren.

Der Gesetzgeber stellt mit 60 Mio. Euro pro Jahr bis 2022 erhebliche Bundesmittel zur Verfügung, um das neue Angebot zu fördern. Damit die von ihm beabsichtigten Effekte auch tatsächlich eintreten und qualitätsgesicherte Angebote entstehen, ist es geboten, sich auf bundesweite Standards für eine ergänzende unabhängige Teilhabeberatung zu verständigen.

Die auch trägerübergreifende Ausrichtung der Beratung durch die Rehabilitationsträger selbst wird und darf nicht an Bedeutung verlieren. Dies folgt direkt aus dem Reformziel der Zentrierung auf die Person und ihre Bedarfe. Denn diese Bedarfe sind am Anfang nicht danach sortiert, welcher Träger am Ende mit welcher Leistung zuständig ist. Bei aller Kritik an den Gemeinsamen Servicestellen: Die Idee einer zentralen trägernahen Anlaufstelle vor Ort für behinderte Menschen und Arbeitgeber ist nach wie vor richtig und wird immer wieder eingefordert. So ist und bleibt auch deren bisheriger Aufgabenkatalog in der Sache unstrittig. Dies gilt sowohl für das personenzentrierte und trägerübergreifende Agieren insgesamt als auch für konkrete Aufgabenstellungen zum Beispiel beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement oder dem Persönlichen Budget.

Ein weiteres Informationsangebot sieht das BTHG mit § 12 SGB IX – neu – mit den dort benannten „Ansprechstellen“ vor. Darunter werden – rein trägerspezifisch ausgerichtete – Informationsangebote an Leistungsberechtigte, an Arbeitgeber und an andere Rehabilitationsträger verstanden. Es ist fraglich, ob dies gerade nach den Erfahrungen mit den Gemeinsamen Servicestellen als gesetzlicher Auftrag ausreicht, um haushalterische Systemlogiken zu bedienen und den einzelnen Trägern die Bereitstellung der Ressourcen zu ermöglichen, die für solche örtlichen Strukturen erforderlich sind. Völlig offen bleibt, ob und wie die Träger ein auch aus Sicht der Nutzer - Arbeitgeber, Menschen mit Behinderungen, weitere Akteure - abgestimmtes und trägerübergreifendes Angebot machen können und wie sich die Ansprechstellen in die oben dargestellten Beratungsstrukturen einordnen.

Für uns ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

- Neue Regelung für die Rehabilitationsträger zur Schaffung geeigneter trägerübergreifender Strukturen für die erforderlichen Abstimmungen und Beratung vor Ort schärfen. Konkrete Ausgestaltung den Trägern überlassen.
- Bundesweite und trägerübergreifende Beratungsstandards für das gesamte Beratungsgeschehen in seiner Vielfalt noch stärker verankern.

Wir schlagen folgende konkrete Änderungen im Referentenentwurf vor:

Zu § 32:

(1) Zur Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen […]. Dieses Angebot besteht neben dem Anspruch auf Beratung durch die Rehabilitationsträger **anhand trägerübergreifender Beratungsstandards**.

(2) Das ergänzende Angebot erstreckt sich auf die Information und Beratung über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen nach diesem Buch. **Die erforderliche Beratungsqualität ist insbesondere durch eine Orientierung an bundesweiten Beratungsstandards sicherzustellen.** Die Rehabilitationsträger informieren im Rahmen der vorhandenen Beratungsstrukturen und ihrer Beratungspflicht über dieses ergänzende Angebot. […]

Zu § 12:

(1) […] Die Rehabilitationsträger unterstützen **darüber hinaus** die frühzeitige Erkennung des Rehabilitationsbedarfs insbesondere durch die Bereitstellung und Vermittlung von geeigneten barrierefreien Informationsangeboten über […]

3. **die Voraussetzungen und** das Verfahren zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe […]
Die Rehabilitationsträger ~~benennen~~ **geben** Ansprechstellen **bekannt**, die Informationsangebote nach Satz 2 an Leistungsberechtigte, an Arbeitgeber und an andere Rehabilitationsträger vermitteln. Für die **trägerübergreifende** Zusammenarbeit der Ansprechstellen gilt § 15 Absatz 3 des Ersten Buches entsprechend. **Die Rehabilitationsträger stellen sicher, dass dafür geeignete Strukturen auf regionaler Ebene vorhanden sind, die auch eine trägerübergreifend ausgerichtete Beratung ermöglichen sollen.**

Alternativ: den Regelungsgedanken des oben vorgeschlagenen neuen § 12 Abs. 1 Satz 5 verankern in § 25 Abs. 2 Neu.

Kapitel 8 mit §§ 39 bis 41 zum Zusammenschluss der Rehabilitationsträger in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

BAR als Plattform noch stärker nutzen – Voraussetzungen der Aufgabenerfüllung weiter verbessern

Der Gesetzgeber sieht ausdrücklich eine Verankerung der Aufgaben der BAR in § 39 vor. Zwischen diesen vom Gesetzgeber vorgesehenen Aufgaben und den bereits bestehenden satzungsgemäßen Aufgaben der BAR gibt es eine hohe inhaltliche Übereinstimmung. Dadurch werden die BAR und ihre Mitglieder vom Gesetzgeber in die Pflicht genommen. Aus bisher ungeschriebenem Recht wird nunmehr geschriebenes Recht. Dazu enthält § 39 eine eigenständi-

ge Pflichtenrolle, und die Aufgaben der BAR sind im Sinne eines „Pflichtenheftes“ verankert. Damit die BAR als selbstverwalteter Zusammenschluss der Rehabilitationsträger diesen Aufgaben bestmöglich nachkommen kann, braucht es in der konkreten Ausgestaltung eine hohe Bereitschaft aller Beteiligten zur Zusammenarbeit und eine Akzeptanz der dazu notwendigen Verbindlichkeit.

Als neue Aufgabe hat der Gesetzgeber den Rehabilitationsträgern außerdem mit § 41 einen jährlichen „Teilhabeverfahrensbericht“ aufgegeben. Ziel ist es, mehr Transparenz im trägerübergreifenden Reha-Geschehen herzustellen und eine „Systembeobachtung“ zu ermöglichen. Nach der Erfassung bestimmter Daten zu den einzelnen Prozessschritten melden die Rehabilitationsträger diese Angaben an die BAR. Die BAR wertet diese Angaben aus und erstellt daraus ab 2019 jährlich eine gemeinsame Übersicht. Damit die Rehabilitationsträger und die BAR diese neue Aufgabe mit der notwendigen Klarheit erfüllen können, sind die Unstimmigkeiten zwischen den einzelnen geforderten Angaben in § 41 und den teilweise davon abweichenden Angaben, wie sie in der Begründung zu § 41 aufgeführt sind (*S. 246f.des Referentenentwurfs)*, zu beseitigen.

Wir schlagen folgende konkrete Änderungen im Referentenentwurf vor:

(1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 erfassen **differenziert nach Leistungsgruppen nach § 5,**

[…]

4. die durchschnittliche Zeitdauer zwischen Erteilung des Gutachtenauftrages in Fällen des § 14 Absatz 2 Satz 3 und ~~in Fällen~~ der Vorlage des Gutachtens,

[…]

7. **in den Fällen der Beteiligung anderer Rehabilitationsträger nach § 15** die durchschnittliche Zeitdauer zwischen Antragseingang beim leistenden Rehabilitationsträger und der Entscheidung nach den Merkmalen der Erledigung,

[…]

9a…die durchschnittliche Zeitdauer zwischen dem Datum eines Bewilligungsbescheids und dem Beginn der Leistungen

[…]

Vorschläge zur Anpassung der Gesetzesbegründung

Zu § 13 schlagen wir folgende angepasste klarstellende Fassung vor:

Aus den neuen Vorschriften zur Koordinierung der Leistungen in Kapitel 4 erwächst die Notwendigkeit, trägerübergreifend nach möglichst einheitlichen Maßstäben und Kriterien der Ermitt-

lung des Rehabilitationsbedarfs zusammenzuarbeiten. Anderenfalls wären eine nahtlose Leistungserbringung und eine effektive Durchführung des Teilhabeplanverfahrens nicht möglich.

Die Leistungsgesetze können aufbauend auf den Vorgaben von § 13 weitergehende und speziellere Vorgaben regeln, die den Besonderheiten der jeweiligen Leistungssysteme gerecht werden oder auf eine Konkretisierung verzichten und damit den Rehabilitationsträgern fachliche Spielräume bei der Entwicklung und Nutzung der Instrumente überlassen. Beispielsweise wird in der Eingliederungshilfe für das Gesamtplanverfahren eine Orientierung an den Lebensbereichen der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheits-organisation (WHO) gesetzlich vorgegeben, die die Länder durch ihr jeweiliges Landesrecht mittels Rechtsverordnung regional näher ausgestalten können.

Mit Absatz 1 werden zur Vereinheitlichung des Verfahrens der Bedarfsermittlung Kriterien bestimmt. Durch die Auflistung wird dieses auf eine fachlich fundierte Basis gestellt. Insbesondere die Position des Leistungsberechtigten erfährt hierdurch eine Stärkung.

Nach Absatz 2 werden die Rehabilitationsträger verpflichtet, systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel zu verwenden, aufgrund derer die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs bei dem jeweiligen Rehabilitationsträger einheitlich und nachprüfbar durchgeführt werden kann. Hierfür wird der Begriff der „Instrumente“ als übergeordnete Bezeichnung für Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel definiert. Die Ziele der Einheitlichkeit und der Nachprüfbarkeit definieren den Einsatzweck der Instrumente. Arbeitsprozesse im Sinne von Satz 1 können z. B. sein Erhebungen, Analysen, Dokumentation, Planung und Ergebniskontrolle. Arbeitsmittel sind Hilfsmittel, die die Arbeitsprozesse unterstützen, wie z. B. funktionelle Prüfungen (Sehtest, Intelligenztest, Hörtest), Fragebögen und IT-Anwendungen. Nach Satz 2 sind die Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass sie in gemeinsamen Empfehlungen einen Rahmen für Instrumente vorgeben. Diese Grundsätze dienen der Vergleichbarkeit und dem wirkungsvollen Ineinandergreifen, insbesondere in den Fällen der trägerübergreifenden Koordinierung von Leistungen nach Kapitel 4. Die Instrumente müssen nicht in allen Rechtskreisen identisch sein, haben aber der Gemeinsamen Empfehlung „Grundsätze für Instrumente zur Bedarfsermittlung“ zu entsprechen. Da die Gemeinsamen Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation für die Träger der Eingliederungshilfe nicht bindend sind, gilt für die Träger der Eingliederungshilfe ergänzend § 118. Nach Satz 3 können Rehabilitationsträger Instrumente von ihren Verbänden, Vereinigungen oder von Dritten entwickeln lassen, wenn sie diese neu einführen oder bestehende Instrumente modifizieren wollen.

Absatz 3 definiert die Mindestanforderung für den Einsatzbereich der Instrumente, der die Bedarfsermittlung bis zum Erlass des Bewilligungsbescheids abdeckt. Die Anforderung der funktionsbezogenen Bedarfsermittlung normiert, dass das der ICF zu Grunde liegende bio-psycho-soziale Modell konzeptionell bei den Instrumenten der Bedarfsermittlung zu nutzen ist. Über die in Absatz 2 genannten Einsatzbereiche hinaus können die Rehabilitationsträger auch noch weitere Einsatzbereiche vorsehen, wenn sie dies nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen für zweckmäßig erachten, wie z. B. für die Beobachtung der Leistungserbringung und die Wirkungskontrolle der erbrachten Leistungen. Ob und wieweit über das bio-psycho-soziale Modell

hinaus die Lebensbereiche oder die Items der ICF als Grundlage für den Einsatz von Instrumenten der Bedarfsermittlung dienen, können die Rehabilitationsträger für ihren Aufgabenbereich eigenverantwortlich prüfen und entscheiden.

Die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales nach Absatz 3 durchzuführende Untersuchung dient sowohl dem verwaltungsinternen und trägerübergreifenden Informationsaustausch vorrangig auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation als auch der öffentlichen und fachlichen Diskussion über die Instrumente unter Zuhilfenahme wissenschaftlicher Expertise. Hierbei kann insbesondere untersucht werden, welche praktischen Umsetzungsfragen sich bei der Ausrichtung der Bedarfsermittlung am bio-psycho-sozialen Modell, wie es der ICF konzeptionell zu Grunde liegt, ergeben sowie ob und inwieweit die Klassifikation, oder die Lebensbereiche der ICF perspektivisch einen einheitlichen Rahmen für die Bedarfsermittlung nach allen Leistungsgesetze bilden können. Aus dem Abschlussbericht zu dem vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderten Projekt „Prüfung von aktuellem Stand und Potenzial der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF“ (BAR, BAG BBW, Hochschule Magdeburg-Stendal, 2014) geht hervor, dass die Rehabilitationsträger bislang eine Vielzahl von Instrumenten, Verfahren und Methoden zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs entwickelt haben und nutzen. Der im Rahmen des Projekts untersuchte Nutzungsgrad der ICF ist unterschiedlich ausgeprägt. Allerdings bergen die ICF - insbesondere das dieser zugrunde liegende bio-psycho-soziale Modell - hiernach auch ein hohes praxisrelevantes Standardisierungspotenzial für die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger. Mithilfe der fortlaufenden Untersuchung kann die Übertragbarkeit gemeinsamer Grundsätze auf die jeweiligen Leistungssysteme überprüft werden. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird zum 31. Dezember 2019 die Ergebnisse der Untersuchung vorstellen und auswerten.“

Zu § 15 schlagen wir folgende angepasste klarstellende Fassung vor:

S. 231, 5. Absatz, Mitte: In diesen Fällen wird der **für diese Leistung** zuständige Rehabilitationsträger […]

S. 232, 2. Absatz am Ende: Die Bindungswirkung betrifft alle Feststellungen ~~zur~~ **in** Anwendung der Leistungsgesetze […]