



Caritas Behindertenhilfe
und Psychiatrie e.V.
Fachverband im
Deutschen Caritasverband

BTHG NEWSLETTER

CBP INFO: „BTHG-Reparaturbedarf“ + Bundesprogramm „rehapro“ + DVfR-Positionspapier zur Bedarfsermittlung/ -feststellung

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei der Umsetzung des BTHG ergeben sich einige Ergänzungs- und Änderungsbedarfe, die die Vertreter/innen der Länder in der Länder-Bund-AG eingebracht haben. In den beigefügten Anlagen finden Sie die **Änderungsvorschläge der Länder**. In der bevorstehenden Arbeits- und Sozialministerkonferenz am 5. und 6. Dezember in Düsseldorf werden diese wohl beraten. Wir informieren Sie über den weiteren Verlauf. Der CBP wird eingehend und schriftlich zu diesem „BTHG-Reparaturbedarf“ Stellung nehmen.

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) hat kürzlich ein **Positionspapier zur Umsetzung des BTHG** veröffentlicht: „Zum Verfahren der Bedarfsermittlung und -feststellung in der Praxis und zur Bedeutung von § 13 SGB IX.“ Darin bezieht die DVfR Stellung dazu, dass eine „vollständige und umfassende Bedarfsermittlung und -feststellung unmittelbar nach Eingang eines Antrages auf eine Leistung zur Teilhabe nicht immer möglich“ ist. Das Papier erklärt, welche Voraussetzungen aus Sicht der DVfR erfüllt sein müssen, damit das Verfahren erfolgreich sein kann.

Weiterhin leiten wir Ihnen den aktuellen **Newsletter zum Ersten Förderaufruf des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“** weiter. Er beinhaltet den Sachstand zum ersten Förderaufruf, Informationen zum weiteren Verfahren, die Dritte Sitzung des Beirats rehapro, eine Programmevaluation, den Zeitplan und Veranstaltungshinweise.

Für Fragen und Ihre Rückmeldungen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Kerstin Tote

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.
Referentin
Reinhardtstr. 13, 10117 Berlin
Tel: 030-284447-822
E-Mail: kerstin.tote@caritas.de

Der Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP) ist ein anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband. Mehr als 1.100 Mitgliedseinrichtungen und Dienste begleiten mit ca. 94.000 Mitarbeitenden rund 200.000 Menschen mit Behinderung oder mit psychischer Erkrankung und unterstützen ihre selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Aktuelle Informationen erhalten Sie über unseren [Newsletter](#).

du • ich • wir... miteinander sein

www.cbp.caritas.de

4. Sitzung der Länder-Bund-AG BTHG, 18.10.2018

Beratungsvorlage zu

TOP 6 d Sachstandsbericht des BMAS zu bislang bekannten BTHG-Änderungsbedarfen

Thema angemeldet von: Nordrhein-Westfalen

Sachstand:

Die als Anlage beigefügte Liste aus Hamburg mit gesetzlichen Änderungsbedarfen beim BTHG wurde in der Unterarbeitsgruppe zur LBAG-BTHG sowie auf Fachausschussebene innerhalb der BAGüS beraten.

Der in der Liste enthaltene Vorschlag zum Wegfall der Befristung in § 54 Abs. 3 SGB XII (Pflegefamilie) wurde zwischenzeitlich von BMAS im Rahmen des Gesetzentwurfes zur Durchführung von Verordnungen der Europäischen Union zur Bereitstellung von Produkten auf dem Markt aufgegriffen.

In zwei weiteren Anlagen sind Vorschläge der BAGüS-Geschäftsstelle beigefügt.

Sämtliche Vorschläge sind BMAS bereits bekannt.

In der „AG Personenzentrierung“ hat BMAS darüber hinaus angekündigt, Rechtsänderungen im Dritten und Vierten Kapitel SGB XII im Zusammenhang mit der Trennung von Fachleistung und Existenzsicherung ab 2020 zu prüfen bzw. aufzugreifen.

Beratungsvorschlag:

Austausch der Länder mit BMAS zum weiteren Vorgehen.

Änderungsbedarfe im BTHG

A. Vorschriften zum Einkommens- und Vermögenseinsatz im Rahmen des SGB IX (§§ 135 bis 142 SGB IX in der ab 2020 geltenden Fassung)

1. Bruttoprinzip für Minderjährige sowie Volljährige in besonderen Ausbildungsstätten über Tag und Nacht

A. fehlende Leistungsrechtliche Regelung des Bruttoprinzips

Nach § 134 SGB IX sind vertraglich Sonderregelungen bei der Erbringung von Leistungen der EGH für minderjährige Leistungsberechtigte sowie für volljährige Leistungsberechtigte in besonderen Ausbildungsstätten über Tag und Nacht für Menschen mit Behinderungen zu beachten. Danach verbleibt es für diese Personengruppe bei der bisherigen Systematik der Vereinbarungen (Leistungsvereinbarungen und Vergütungsvereinbarungen, letztere bestehend aus Grundpauschale, Maßnahmepauschale und Investitionsbetrag). Die Vorschrift regelt jedoch lediglich das vertragliche Verhältnis.

a) **Für Minderjährige** findet sich die Entsprechung im Leistungsrecht in § 142 Abs. 2 SGB IX. Dort wird nämlich geregelt, dass Leistungen von einem oder mehreren Anbietern über Tag und Nacht oder über Tag oder für ärztliche und ärztlich verordnete Maßnahmen bei Leistungen, denen Vereinbarungen nach § 134 Abs. 3 SGB IX zugrunde liegen, durch den Träger der EGH auch dann in vollem Umfang zu erbringen sind, wenn den minderjährigen Leistungsberechtigten und den Eltern oder einem Elternteil die Aufbringung der Mittel nach Abs. 1 zu einem Teil zuzumuten ist. Abs. 1 der Vorschrift regelt, dass den minderjährigen Leistungsberechtigten oder den Eltern die Aufbringung der Kosten des Lebensunterhaltes nur bis zur Höhe der häuslichen Ersparnisse zugemutet werden kann. Dies setzt denklogisch voraus, dass der Lebensunterhalt durch Leistungen der Existenzsicherung durch den EGH-Träger erbracht wird.

In Abs. 1 fehlt jedoch die Berücksichtigung „teilstationärer“ Angebote, die in Abs. 2 als „Angebote [...] über Tag“ aufgeführt sind. Dazu können z.B. heilpädagogische Kindertageseinrichtungen gehören, bei denen Mittagessen o.ä. inkludiert sind § 142 Abs. 1 sollte daher wie folgt gefasst werden:

„... zuzumuten, soweit Leistungen über Tag und Nacht oder über Tag erbracht werden.“

43 b) **Für Volljährige** fehlt jedoch eine entsprechende leistungsrechtliche Regelung. Es
44 gibt weder einen Anspruch des Leistungsberechtigten noch eine Verpflichtung des
45 EGH-Trägers auf Zahlung der Leistungen "in vollem Umfang", also "brutto".

46 Um das Bruttoprinzip auch für die in § 134 Abs. 4 SGB IX beschriebene
47 Personengruppe der Volljährigen gelten zu lassen, müsste in § 142 SGB IX eine
48 systematisch entsprechende Regelung wie in § 142 Abs. 1 und 2 SGB IX für
49 Minderjährige eingefügt werden.

50

51 Damit wäre auch klargestellt, dass der in § 142 Abs. 3 SGB IX beschriebene
52 Anspruchsübergang auf den Träger der EGH erfolgt.

53

54 **2. Fehlende Rückgriffsmöglichkeit des EGH-Trägers bei Beitragspflicht der** 55 **Eltern**

56 § 142 Abs. 2 SGB IX regelt, dass der EGH-Träger die Leistungen auch dann in vollem
57 Umfang erbringen muss, wenn dem minderjährigen Leistungsberechtigten oder
58 seinen Eltern die Aufbringung der Mittel zu einem Teil zuzumuten ist. Es fehlt
59 allerdings eine Verpflichtung der Eltern, diesen zumutbaren Teil an den EGHTr. zu
60 zahlen.

61 In der amtlichen Begründung heißt es dazu, die Abs. 1 und 2 übernehmen § 92 Abs. 1
62 und Abs. 2 Satz 3 SGB XII. § 142 Abs. 1 SGB IX entspricht dabei § 92 Abs. 2 Satz 3,
63 § 142 Abs. 2 SGB IX dem derzeit bestehenden § 92 Abs. 1 SGB XII, wobei allerdings
64 eine entscheidende Regelung fehlt: Nicht übernommen wurde § 92 Abs. 1 Satz 2
65 SGB XII, nämlich dass diejenigen, denen die teilweise Kostenübernahme zuzumuten
66 ist, einen Kostenbeitrag an den Leistungsträger zahlen müssen. Der EGH-Träger hat
67 nach § 142 SGB IX in der derzeitigen Fassung ab 2020 keine Möglichkeit, an
68 zahlungspflichtige minderjährige Leistungsberechtigte bzw. deren Eltern
69 heranzutreten und die Forderung geltend zu machen.

70 Ebenso wie die Regelungen in § 92 Abs. 1 SGB XII in der derzeitigen Fassung muss
71 auch § 142 Abs. 2 SGB IX eine Regelung entsprechend § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB XII
72 enthalten: „In Höhe dieses Teils haben Sie zu den Kosten der erbrachten Leistungen
73 beizutragen; mehrere Verpflichtete haften als Gesamtschuldner.“

74

75 **3. Beitrag der Eltern für volljährige Leistungsberechtigte gem. § 138 Abs.4 SGB** 76 **IX**

77 In § 138 Abs. 4 SGB IX ist geregelt, dass Eltern für volljährige Leistungsempfänger
78 einen Beitrag in Höhe von monatlich 32,08 Euro für die EGH aufzubringen haben. Aus
79 der Höhe des Betrags und dem Verweis auf § 94 Abs.2 und 3 SGB XII lässt sich zwar
80 schließen, dass mit den 32,08 Euro eine Unterhaltsforderung gemeint ist. (Zur Höhe
81 des Betrags siehe unten Nr. 5) Dies geht aber weder aus dem Gesetzestext hervor,
82 noch ist – wie § 94 SGB XII – geregelt, dass Eltern behinderter Kinder maximal
83 Unterhalt i.H.v. 32,08 Euro zahlen müssen.

84

85 Wenn aber in § 138 Abs.4 SGB IX keinerlei Bezug zu Unterhaltsforderungen
86 hergestellt wird, bedeutet dies, dass Eltern behinderter Kinder einen unspezifizierten
87 Kostenbeitrag von 32,08 Euro aufbringen müssen, der vom EGHTr. als öffentlich-
88 rechtliche Forderung geltend gemacht wird.

89 Zusätzlich könnte (und müsste in aller Regel) der EGHTr. die Unterhaltsforderung des
90 leistungsberechtigten Kindes gegen dessen Eltern auf sich überleiten und
91 zivilrechtlich durchsetzen.

92 Wenn dies nicht beabsichtigt ist, müsste eine Klarstellung im Gesetz erfolgen.

93

94 **4. Einkommensbeitrag gem. § 136 SGB IX nur bei Beschäftigungen und Renten**

95

96 Nach § 136 Abs. 2 SGB IX ist ein Beitrag zu den EGH-Aufwendungen nur dann zu
97 leisten, wenn das Einkommen überwiegend aus einer Rente, einer selbständigen,
98 einer sozialversicherungspflichtigen oder sonstigen Beschäftigung erzielt wird.

99 Kein Beitrag wäre demnach zu leisten, wenn das Einkommen überwiegend aus
100 Kapitaleinkünften, Vermietung, Verpachtung o.ä. stammt. Auch wenn dieser Fall
101 vermutlich nicht häufig auftreten wird, ist nicht nachvollziehbar, weshalb nur bei
102 überwiegenden Einkünften aus Arbeit und Renten ein Beitrag zu erbringen sein soll,
103 nicht jedoch bei sonstigen Einkünften.

104 § 136 müsste um eine Regelung zum Beitrag aus Einkommen aus Kapitaleinkünften,
105 Vermietung, Verpachtung oder anderen Quellen ergänzt werden. Z.B. könnten in §
106 136 Abs. 2 Nr. 3 nach den Worten „aus Renteneinkünften“ die Worte „oder anderen
107 Einkünften“ ergänzt werden.

108

109 **5. Härtefallregelung in § 139 SGB IX**

110 In § 139 fehlt eine Härteklausele für Vermögen, wie sie in § 90 Abs.3 SGB XII enthalten
111 ist. Daher müssten ab 1.1.2020 z.B. Bestattungsvorsorgeverträge, Schmerzensgeld,
112 selbstbewohnte Häuser etc., die im Prinzip unangemessen sind, gleichwohl derzeit
113 aber aus Härtegründen als Schonvermögen angesehen werden, verwertet werden.

114 Zwar enthält § 140 Abs.2 SGB XI eine Härtefallregelung dergestalt, dass als Darlehen
115 geleistet werden soll, wenn die Verwertung des Vermögens eine Härte darstellen
116 würde. Diese Regelung hat jedoch eine andere Zielrichtung als eine originäre
117 Härtefallregelung, durch die das geschonte Vermögen gar nicht in die Berechnung
118 einfließt. Dagegen wird durch eine Härteklausele im Rahmen der Vorschriften zum
119 Darlehen die Verwertung lediglich aufgeschoben.

120

121 **6. Unterhaltsansprüche nach § 142 Abs.3 SGB IX**

122 Während der EGHTr. die Forderung von 32,08 Euro gem. § 138 Abs.4 öffentlich-
123 rechtlich als Kostenbeitrag durchsetzen kann, ist in § 142 Abs. 3 SGB IX geregelt, dass
124 der (zivilrechtliche) Unterhaltsanspruch zu den Leistungen der Existenzsicherung bis
125 zur Höhe von 24,68 Euro monatlich übergeht.

126 Nicht geregelt ist jedoch in § 142 Abs.3 SGB IX, auf wen der Anspruch übergeht. Ein
127 gesetzlicher Forderungsübergang kann aber nur durchgesetzt werden, wenn auch –
128 wie z.B. in § 94 Abs.1 Satz 2 SGB XII –geregelt ist, wer Forderungsinhaber wird.
129

130 Es sollte auch sichergestellt werden, dass die Unterhaltsbeträge im SGB XII und im
131 SGB IX identisch sind. Nach der momentanen Regelung ist der Betrag nach § 94 Abs.2
132 SGB XII mit der Kindergelderhöhung ab 01.01.2018 bereits auf 25,19 € gestiegen. Mit
133 Inkrafttreten von § 142 SGB IX zum 1.1.2020 gilt jedoch ab dann für das SGB IX ein
134 Betrag von lediglich 24,68 €. Dieser würde zwar bei künftigen Kindergelderhöhungen
135 aufgrund der analogen Anwendung von § 94 Abs.2 Satz 3 auch dynamisiert. Er wäre
136 aber aufgrund der unterschiedlichen Ausgangswerte dauerhaft niedriger als der
137 Betrag nach § 142 Abs.3 SGB IX. Es ist aber nicht nachvollziehbar, weshalb der EGHTTr.
138 ab 1.1.2020 einen geringeren Unterhaltsbetrag geltend machen kann als vorher.

139 Um dies zu vermeiden, sollte in § 142 Abs.3 SGB IX kein konkreter Betrag genannt
140 werden. Statt sollte es heißen: "... nur in Höhe des Betrags gem. § 94 Abs.2 SGB XII
141 monatlich auf den Träger der Eingliederungshilfe über. § 94 Absatz 2 Satz 3 und
142 Absatz 3 des Zwölften Buches gelten entsprechend."

143

144 Entsprechendes gilt für § 138 Abs.4 SGB IX, da auch dort durch die
145 Dynamisierungsregelung der Betrag von 32,08 € bereits jetzt auf 32,75 € gestiegen
146 ist.

147

148 **7. Zusammentreffen von öffentlich-rechtlichen und zivilrechtlichen Ansprüchen**

149 Nicht nachvollziehbar ist, weshalb der Betrag nach § 138 Abs.4 öffentlich-rechtlich als
150 Kostenbeitrag geltend gemacht werden kann, während der Unterhalt nach § 142 SGB
151 IX als zivilrechtliche Forderung durchzusetzen sein soll.

152

153 Die ab 2020 (im Regelfall) von den Eltern zu leistenden Beiträge sollten einheitlich als
154 öffentlich-rechtliche Beitragsforderung bestimmt werden und nicht einmal als
155 öffentlich-rechtlicher Beitrag und einmal als zivilrechtlich durchzusetzender
156 Unterhaltsbeitrag.

157

158 Alternativ könnte überlegt werden,

- 159 • die Beitragsforderung auf die Eltern/Elternteile zu beschränken, die tatsächlich
160 kinderbezogene Vorteile erhalten (Bezug von Kindergeld bzw. Berücksichtigung
161 des entsprechenden Einkommensteuerfreibetrags) und
- 162 • einen fixen Prozentsatz des Kindergeldes für das 1. Kind als Beitrag festzulegen
163 (also ohne absolute Beträge festzulegen; automatische Dynamisierung bei jeder
164 Kindergeldanpassung).

165 Die „Härtefallprüfung“ könnte bei dem Alternativmodell in der Weise vereinfacht
166 werden, dass alle Kindergeldberechtigten, die das Kindergeld zur Sicherstellung des
167 eigenen Lebensunterhaltes benötigen, von der Zahlungspflicht freigestellt werden

168 (also etwa alle Elternteile, die existenzsichernde SGB II- bzw. SGB XII-Leistungen unter
169 Anrechnung des Kindergeldes als Einkommen erhalten).

170 Außerdem wäre zu prüfen, ob die derzeit in § 94 Abs. 2 SGB XII bestehende Regelung
171 zur Begrenzung des Überganges des Unterhaltsanspruches dort noch richtig verortet
172 ist, weil davon auszugehen ist, dass ab 2020 wegen des Lebenslagenmodells (§ 103
173 SGB IX) das SGB IX das „führende“ Leistungsrecht sein wird und die
174 Heranziehungsregelungen zum Unterhalt der Eltern für den Bereich der Hilfe zur
175 Pflege in § 94 Abs. 2 SGB XII nur noch von untergeordneter Bedeutung sind.
176

177 **8. Erstattungsregelung nach § 27c Abs. 4 SGB XII**

178 § 27c Abs. 4 SGB XII sieht ab 2020 einen Erstattungsanspruch des EGH-Trägers gegen
179 den Träger der Sozialhilfe in Höhe des Existenzsicherungsanteils der Gesamtleistung,
180 abzüglich der Beiträge/Unterhaltsbeiträge vor. Diese Regelung ergibt nur dann Sinn,
181 wenn es sich bei dem für die Existenzsicherung einerseits und dem für die EGH
182 andererseits zuständigen Träger um unterschiedliche Behörden handelt. Soweit es
183 sich jedoch ab 2020 um ein und dieselbe Behörde handelt, führt die Regelung nach §
184 27c Abs. 4 SGB XII lediglich zu einem erhöhten bürokratischen Aufwand führt, der
185 darin besteht, dass die Behörde interne Buchungsgeschäfte durchführt.

186 Die Vorschrift sollte daher auf ihre Sinnhaftigkeit geprüft werden, sobald die
187 Landesausführungsgesetze angepasst wurden. Alternativ könnte Abs. 4 unter
188 Landesrechtsvorbehalt gestellt werden.

189 In § 27c Abs. 1 Nr. 2 SGB XII wird § 134 Abs. 4 SGB IX angesprochen, allerdings nicht
190 vollständig zitiert. Ohne erkennbaren Grund fehlen Leistungen zur Schulbildung nach
191 § 112 Abs. 1 Nr. 1 in besonderen Ausbildungsstätten über Tag und Nacht für
192 Menschen mit Behinderungen.

193 Dies sollte ergänzt werden.
194
195
196
197

198 **B. Sonstige Regelungen**

200 **1. Zuständigkeitsregelung in § 80 SGB IX (Leistungen in einer Pflegefamilie)**

201 Nach Satz 2 gilt für Volljährige in Pflegefamilien § 44 SGB VIII entsprechend. Nicht
202 geregelt ist, wer die dort vorgesehene Erlaubnis erteilt.

203 Die an sich für § 44 SGB VIII zuständigen Jugendämter können die Erlaubnis nicht
204 erteilen, da sie nach den für sie geltenden Regelungen des SGB VIII nicht für
205 Einrichtungen der EGH zuständig sind. Die Träger der EGH können die Erlaubnis auch
206 nicht erteilen, weil eine solche Zuständigkeitsregelung fehlt. Die Länder können die
207 zuständige Stelle nicht bestimmen, da die entsprechende Ermächtigung in § 94 Abs.1
208 SGB IX nur für die Durchführung von Teil 2 des SGB IX gilt. § 80 SGB IX gehört jedoch
209 zu Teil 1.

210 Daher sollte § 44 SGB VIII um eine Ermächtigung ergänzt werden, dass die Länder die
211 für die Erteilung der Erlaubnis nach § 80 Satz 2 SGB IX zuständige Stelle bestimmen
212 können.

213

214 **2. § 103 SGB IX" Lebenslagenmodell" – Vereinbarungen mit Pflegediensten**

215 a.) Verweis auf Regularien des SGB IX

216 Im Rahmen des Lebenslagenmodells wird ab 1.1.2020 gem. § 103 Abs.2 SGB IX wird
217 die EGH-Leistung auch die Hilfe zur Pflege umfassen. Nach § 123 Abs.1 SGB IX darf
218 der EGHTr. ab 2020 Leistungen nur bewilligen, wenn es eine Vereinbarung nach § 123
219 mit dem Leistungserbringer gibt. Die HzP-Anbieter haben aber keine EGH-
220 Vereinbarung nach SGB IX, sondern eine Vereinbarung nach §§ 61 ff. SGB XII. Eine
221 Regelung wie in § 75 Abs.5 SGB XII, der bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf die
222 Regularien des SGB XI verweist, gibt es im SGB IX nicht.

223

224 Es müssen daher entweder mit allen HzP-Anbietern Vereinbarungen nach § 123 SGB
225 IX geschlossen werden oder es handelt sich jeweils um Leistungen ohne schriftlichen
226 Vertrag nach § 123 Abs.5 SGB IX – was für den Leistungsanbieter einen erheblichen
227 Darlegungs-Aufwand bedeuten würde. Beide Möglichkeiten sind nicht praxisgerecht.
228 Es sollte deshalb in § 123 SGB IX eine eigenständige, § 75 Abs.5 SGB XII
229 entsprechende Regelung eingefügt oder auf § 75 Abs.5 SGB XII verwiesen werden.

230

231 b.) Beteiligung des EGHTr. an Rahmenverträgen über ambulante Pflege

232 Bislang sind gem. § 75 Abs.3 SGB XI die (örtlichen) Sozialhilfeträger bei
233 Rahmenverträgen über ambulante Pflege zu beteiligen. Durch die Verlagerung der
234 Eingliederungshilfe vom SGB XII in das SGB IX handelt es sich bei Leistungen der
235 Eingliederungshilfe nicht mehr um Leistungen der Sozialhilfe. Da die Träger der
236 Eingliederungshilfe künftig auch Leistungen durch ambulante Pflegedienste und
237 Betreuungsdienste finanzieren werden, ist es erforderlich, dass diese auch
238 Vertragspartei im Sinne des § 75 SGB XI werden, um die rahmenvertraglichen
239 Vorgaben mitzugestalten.

240 § 75 Abs. 1 Satz 3 SGB XI müsste daher um „die Träger der Eingliederungshilfe“
241 ergänzt werden. Es müsste außerdem geregelt werden, dass dies erst ab 1.1.2020 gilt.

242

243 c.) Vertragspartner von Vergütungsvereinbarungen für ambulante Pflege

244 Bislang sind die Sozialhilfeträger Vertragspartei von Vergütungsverträgen für
245 ambulante Pflege, soweit auf sie mehr als 5% der vom Pflegedienst betreuten
246 Pflegebedürftigen entfallen.

247 Durch die Verlagerung der Eingliederungshilfe vom SGB XII in das SGB IX handelt es
248 sich bei Leistungen der Eingliederungshilfe nicht mehr um Leistungen der Sozialhilfe.
249 Da der Träger der Eingliederungshilfe künftig auch Leistungen durch ambulante
250 Pflegedienste und Betreuungsdienste finanzieren wird, ist es erforderlich, dass dieser
251 auch Vertragspartei im Sinne des § 89 SGB XI wird, sofern er für einen 5 %
252 übersteigenden Anteil der versorgten Pflegebedürftigen zuständig ist, um
253 entsprechend Einfluss auf die Vertragsgestaltung nehmen zu können.

254 § 89 Abs. 2 Satz 1 SGB XI müsste daher um „die Träger der Eingliederungshilfe“
255 ergänzt werden. Es müsste außerdem geregelt werden, dass dies erst ab 1.1.2020 gilt.
256
257

258 **3. Verhältnis von EGH und Hilfe zur Pflege/Hilfe zur Weiterführung des** 259 **Haushalts**

260 Das Verhältnis von EGH-Leistungen nach SGB IX zu Leistungen der Hilfe zur
261 Pflege/Hilfe zur Weiterführung des Haushalts nach SGB XII ist widersprüchlich
262 geregelt.

263 Nach § 93 Abs.2 SGB IX bleiben die Vorschriften zur Überwindung sozialer
264 Schwierigkeiten nach dem 8. Kapitel SGB XII, über die Altenhilfe nach § 71 SGB XII
265 und über die Blindenhilfe nach § 72 SGB XII "unberührt", d.h. diese Leistungen
266 können zusätzlich zu EGH nach SGB IX bewilligt werden.

267 Eine spezielle Regelung zu Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem 7.Kapitel SGB XII
268 und zur Hilfe zur Weiterführung des Haushalts gem. § 70 SGB XII gibt es nicht, so dass
269 die allgemeinen Vorschriften anzuwenden sind. Diese formulieren aber inhaltlich
270 gleichlautend den Vorrang der jeweils anderen Leistung:

271 § 2 SGB XII bestimmt, dass Sozialhilfe u.a. nicht erhält, wer die erforderliche Leistung
272 von Trägern anderer Sozialleistungen erhält.

273 § 91 SGB IX formuliert den Nachrang der EGH positiv, inhaltlich aber identisch.

274 Danach erhält EGH, wer u.a. die erforderliche Leistung nicht von Trägern anderer
275 Sozialleistungen erhält.

276 Demnach hätte die Leistung Vorrang, die rein faktisch als erste erbracht wird. Dies ist
277 aber weder sinnvoll noch praktikabel.

278 Um zu verhindern, dass Leistungen der Hilfe zur Pflege oder der Weiterführung des
279 Haushalts von der EGH übernommen werde, sollte ein Vorrang dieser Leistungen
280 gegenüber der EGH geregelt werden.

281

282

283 **4. Artikel 13 (SGB XII ab 2020): § 80 Abs.2 SGB XII**

284 Hier wurde die Regelung aus dem SGB IX ins SGB XII übertragen. Es ergibt aber
285 keinen Sinn, dass Vertretungen von Menschen mit Behinderungen an
286 Rahmenverträgen mitwirken.

287 § 80 Abs.2 muss dahingehend geändert werden, dass die Interessenvertretungen der
288 betroffenen Leistungsberechtigten in der Schiedsstelle SGB XII vertreten sind.

289

290 **5. Fehlende Regelungen zum Kostenersatz (§§ 102 ff. SGB XII)**

291 a. Kostenersatz durch Erben

292 Da eine § 102 SGB XII entsprechende Regelung im SGB IX fehlt, kann nach dem
293 Tod des Leistungsberechtigten nicht auf Erben zurückgegriffen werden. Mussten
294 bestimmte Vermögenswerte im Rahmen der §§ 139, 140 SGB IX vom
295 Leistungsberechtigten und ggf. seinem Ehe- bzw. Lebenspartner nicht
296 eingesetzt werden, fallen diese bei deren Tod in den Nachlass. Die Erben
297 würden so von den Regelungen über das Schonvermögen profitieren, auch

298 wenn in ihrer Person keine schutzwürdigen Gründe für den Erhalt des
299 Vermögens vorliegen. Dies würde auf eine ungerechtfertigte Privilegierung der
300 Erben auf Kosten öffentlicher Mittel hinauslaufen, was insbesondere durch die
301 erheblich gestiegenen Vermögensfreigrenzen von höherer Bedeutung als
302 bislang ist. Es sollte daher entsprechend § 102 SGB XII ein auf den Nachlass
303 beschränkter Ersatzanspruch gegen Erben geregelt werden.

304 b. Kostenersatz bei schuldhaftem Verhalten von Betreuern, gesetzlichen Vertretern
305 etc.

306 Die derzeitigen Möglichkeiten der §§ 103, 104 SGB XII fehlen im SGB IX. Diese
307 sind angesichts der Tatsache, dass viele Leistungsberechtigte in der EGH durch
308 Betreuer, Eltern o.ä. vertreten werden, von hoher finanzieller Bedeutung.
309 Zwar könnte ein Erstattungsanspruch gem. §§ 45, 50 SGB XII gegen den
310 Leistungsberechtigten geltend gemacht werden, der sich ein Verschulden seines
311 Vertreters zurechnen lassen müsste. Der Anspruch würde sich aber nur gegen
312 den Leistungsberechtigten selbst richten, nicht aber gegen seinen Vertreter, der
313 im Zweifel von dem Verhalten finanziell profitiert hat.

314 c. Kostenersatz bei Doppelleistungen

315 Es muss auch eine § 105 SGB XII entsprechende Regelung im SGB IX getroffen
316 werden. Diese ermöglicht Ersatzansprüche des EGHTr., wenn dieser bei
317 Antragstellung nicht über einen möglichen, aber noch nicht durchgesetzten
318 Anspruch bei einem anderen, vorrangigen Träger informiert wird. Solange über
319 diesen Antrag noch nicht entschieden ist, wird die EGH-Leistung dadurch nicht
320 rechtswidrig, so dass eine Aufhebung und Erstattung gem. §§ 44 ff. SGB X nicht
321 möglich ist. Der EGHTr. kann mangels Kenntnis keinen Erstattungsanspruch bei
322 dem vorrangigen Träger stellen. Bewilligt dieser den Antrag, kann er mit
323 befreiender Wirkung leisten. Da in dieser Situation keiner der Träger die
324 Leistung zurückfordern könnte, ließe sich das Verhalten des
325 Leistungsberechtigten nicht korrigieren, und er dürfte beide Leistungen
326 behalten. Eine solche Doppelleistung wird durch § 105 SGB XII verhindert.

327

328 Die Zahl der Fälle, in denen ein Kostenersatz nach §§ 102 ff. geltend gemacht wird,
329 dürfte zwar insgesamt eher gering sein. Da aber es aber in aller Regel bei den
330 einzelnen Fällen um relativ hohe Forderungen geht, ist die finanzielle Bedeutung der
331 §§ 102 ff. SGB XII hoch.

332 Die §§ 102 ff SGB XII sollten für anwendbar erklärt werden.

333

334

335 **6. Keine Möglichkeit zur Feststellung von Sozialleistungen gem. § 95 SGB XII,**

336 Es fehlt die Möglichkeit des EGH-Trägers, andere Sozialleistungen feststellen zu
337 lassen. Dies ist bei der Teilhabepflicht für den EGH-Träger insbesondere im
338 Verhältnis zu anderen Sozialleistungsträgern wichtig, damit es nicht im Belieben des
339 Leistungsberechtigten steht, welche Sozialleistungen er in Anspruch nimmt.

340 Damit sämtliche zur Deckung des Bedarfs zur Verfügung stehenden Sozialleistungen
341 erschlossen werden können, muss § 95 SGB XII für anwendbar erklärt werden bzw.
342 eine entsprechende Regelung ins SGB XII aufgenommen werden.

343
344

345 **7. Verhältnis SGB II und SGB IX bei stationärer Betreuung**

346 Derzeit erhält gem. § 7 Abs. 4 SGB II keine Leistungen nach SGB II, wer in einer
347 stationären Einrichtung untergebracht ist. Diese Regelung betrifft u.a. EGH-
348 Leistungsberechtigte, die zwar erwerbsfähig sind, aber stationär betreut werden, was
349 insbesondere bei seelischen Behinderungen und Drogenabhängigkeiten der Fall sein
350 kann. Aufgrund des SGB II-Leistungsausschlusses erhalten diese Personen derzeit
351 existenzsichernde Leistungen nach dem SGB XII.

352 Wegen des Wegfalls der Unterscheidung ambulant/stationär läuft § 7 Abs.4 SGB II ab
353 1.1.2020 leer.

354 Die betreffenden Leistungsberechtigten befinden sich ab dann nicht mehr in
355 stationärer Betreuung, die Voraussetzungen von § 7 Abs. 4 SGB II liegen damit nicht
356 vor, folglich besteht ein Anspruch auf vorrangige existenzsichernde Leistungen nach
357 SGB II.

358 Den Jobcentern ist dieser Zusammenhang vermutlich noch nicht bekannt.

359 Um zu verhindern, dass zum 1.1.2020 Zuständigkeitsstreitigkeiten entstehen, sollte
360 dies frühzeitig mit den Jobcentern kommuniziert werden.

361
362

363 **8. Prüfrecht des EGH-Trägers gem. § 128 SGB IX**

364 § 128 SGB IX räumt dem EGH-Träger ein Recht auf Prüfung der Leistungserbringer
365 aus konkretem Anlass ein, das durch Landesrecht auf anlasslose Prüfungen
366 ausgeweitet werden kann. Dieses Prüfrecht ist weder bundesrechtlich näher
367 ausgestaltet noch enthält es eine entsprechende Ermächtigung der Länder.

368 Die in § 128 SGB XII vorgesehene Prüfung des Leistungserbringers auf
369 Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistung erfordert Vorlage und Einsicht in
370 Unterlagen, Betreten von Räumlichkeiten – evtl. auch von Bewohnern, Erlass von
371 entsprechenden Anordnungen, Regelungen zur Vollstreckung und zu Kosten etc.
372 Hierbei handelt es sich um Eingriffe in Rechte des Leistungserbringers, für die eine
373 gesetzliche Ermächtigung erforderlich ist. Ohne eine solche Regelung werden
374 Prüfungen gegen den Willen des Leistungserbringers nicht möglich sein. Diese
375 Rechtsgrundlage müsste entweder in § 128 SGB IX selbst geschaffen werden oder in
376 Form einer Ermächtigung für die Länder. Sachgerecht wäre eine Ermächtigung der
377 Länder, da diese dann die länderspezifischen Regelungen der Heimaufsicht
378 berücksichtigen könnten.

379 § 128 Abs.1 letzter Satz sollte daher wie folgt lauten:

380 "Durch Landesrecht kann von der Einschränkung in Satz 1 erster Halbsatz abgewichen
381 sowie das Nähere zur Durchführung der Prüfungen geregelt werden, insbesondere
382 Prüfungsturnus und Zeitpunkt, Betretens- und Befragungsrechte, Vorlage von und
383 Einsicht in Unterlagen sowie Anordnungen zur Mängelbeseitigung. Das Grundrecht

384 der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) kann
385 insoweit eingeschränkt werden."
386

387 **9. Verlängerung der Geltung von § 54 Abs. 3 SGB XII**

388 Die Regelung zu Pflegefamilien in der EGH in § 54 Abs.3 SGB XII tritt nach dessen Satz
389 3 zum 31.12.2018 außer Kraft. Ab dem 01.01.2019 gibt es damit in der
390 Eingliederungshilfe keine ausdrückliche Rechtsgrundlage für Leistungen in
391 Pflegefamilien mehr. § 113 Abs. 2 Nr. 4 begründet dann in der Eingliederungshilfe
392 wieder eine ausdrückliche Rechtsgrundlage für diese Leistungen, jedoch erst zum
393 01.01.2020.

394 Zwar regelt § 80 SGB IX, der bereits zum 01.01.2018 in Kraft getreten ist, Leistungen
395 in Pflegefamilien. Dieser gilt aber gem. § 7 SGB IX nicht unmittelbar, sondern nur
396 zusammen mit § 113 SGB IX ab 1.1.2020.

397 Es gibt also eine Lücke von einem Jahr ohne ausdrückliche gesetzliche Grundlage für
398 die Pflegefamilie in der EGH.

399 Über den offenen Katalog des § 54 SGB XII könnten zwar u.U. Leistungen in
400 Pflegefamilien auch ohne ausdrückliche Regelung im SGB XII möglich sein. Im
401 Interesse der Rechtssicherheit sollte die entstandene Lücke aber beseitigt werden. .

402 S 54 Abs.3 Satz 3 SGB XII sollte daher bis 31.12.2019 verlängert werden.

403

404

405 Ingo Tscheulin

406

Vorschlag zur Ergänzung der Liste „Änderungsbedarf BTHG“

Übergangsregelung 2019/2020 bei Renten und ähnlichen Einkommen, die am Monatsende gezahlt werden, wegen „Trennung“

I. Ausgangslage

Nach § 118 SGB VI werden Renten, die nach dem 01.04.2004 beginnen, am Monatsende für den laufenden Monat gezahlt. Renten, die vorher begonnen haben, werden nach § 272a SGB VI am Ende des Vormonats für den Folgemonat gezahlt. Sozialhilferechtlich handelt es sich in beiden Fällen um Einkommen des Zahlmonats.

II. Problem

Für den Umstellungszeitraum Dezember 2019/Januar 2020 bedeutet das in Fällen stationärer EGH wegen Trennung von Existenzsicherung und Fachleistung:

- Alles was im Dezember 2019 an Renten gezahlt wird, ist Einkommen des Monats Dezember und wird auf die stationäre Leistung EGH (einschl. Grundsicherung) angerechnet.
- Alle Rentner, die im Dezember 2019 stationäre EGH erhalten und ab 01.01.2020 den existenzsichernden Bedarf aus eigenem Einkommen bezahlen müssen, haben damit von Anfang bis Ende Januar keine Rente (die einen warten auf die nachschüssige Zahlung ihrer Januar-Rente, die anderen auf die vorschüssige Zahlung der Februar-Rente).
- Nach § 37a SGB XII wäre in all diesen Fällen vom Träger der Grundsicherung/Sozialhilfe auf Antrag ab 01.01.2020 ein Darlehen zu gewähren und ab Februar 2020 mit monatlich 5% der Regelbedarfsstufe 1 zu tilgen, höchstens jedoch 50% der Regelbedarfsstufe 1 (derzeit also 208 Euro). Auf das Darlehen besteht ein Anspruch (kein Ermessen des SHTr.).
- Das wären deutschlandweit zehntausende von Fällen, für die zeitnah und stichtagsbezogen Darlehen von den (i.d.R.) öSHTr. zu gewähren wären, die anschließend bis zur Höhe von ca. 208 Euro durch Aufrechnung mit laufenden Leistungen über mehrere Monate hinweg getilgt werden müssten.
- Die Betroffenen hätten in den Tilgungsmonaten weniger Geld. Das wär politisch brisant, weil das BTHG nach dem Eindruck der Betroffenen zu Leistungskürzungen führt.

37 **III. Lösung**

38 Um diesen gewaltigen Verwaltungsaufwand genau so wie Nachteile für die
39 Betroffenen zu vermeiden, wäre folgende Übergangsregelung vorstellbar:

- 40 • Für Bestandsfälle stationärer EGH im Dezember 2019 werden alle am Ende des
41 Monats 12/2019 eingehenden Rentenzahlungen an die Berechtigten
42 ausgezahlt, damit sie ihren Lebensunterhalt im Januar 2020 damit sicherstellen
43 können.
- 44 • Es erfolgt keine besondere Bescheiderteilung.
- 45 • Der Bund erstattet Mehrausgaben der Träger der Grundsicherung nach dem
46 Vierten Kapitel im Monat Dezember 2019 ohne aufwendiges gesondertes
47 Nachweisverfahren.

48

49 Carsten Mertins

Vorschlag zur Ergänzung der Liste „Änderungsbedarf BTHG“

Sonderregelung zum Inhalt der Vereinbarungen zur Erbringung von Leistungen für minderjährige Leistungsberechtigte und in Sonderfällen (§ 134 SGB IX)

I. Ausgangslage

Zum 01.01.2020 wird in den vertragsrechtlichen Beziehungen zwischen Leistungsträgern und Leistungsanbietern im SGB IX die Trennung von Fachleistung und Existenzsicherung vollzogen. Existenzsichernde Leistungen gehören danach ab 2020 grundsätzlich nicht mehr zu den vertraglich zu regelnden Tatbeständen.

Eine Ausnahme gilt nach § 134 SGB IX bei der Erbringung von Leistungen für minderjährige Berechtigte sowie für Volljährige, die bestimmte Leistungen der Schulausbildung in besonderen Ausbildungsstätten über Tag und Nacht erhalten. In diesen Fällen bleibt es bei der aus dem SGB XII bekannten Systematik von Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen einschließlich Existenzsicherung (Grund- und Maßnahmepauschale und Investitionsbetrag).

Sachlicher Grund der Sonderregelung für Minderjährige und die dargestellte Gruppe der Volljährigen ist nach den Gesetzesmaterialien¹, dass die im Zusammenhang mit der Trennung von Fachleistung und Lebensunterhalt notwendigen Änderungen im Vierten Kapitel SGB XII (Grundsicherung) verortet werde. Die Grundsicherung gelte jedoch nur für Volljährige und nicht für Kinder und Jugendliche. Die Diskussion zur Reform des SGB VIII solle von der Sonderregelung unberührt bleiben. Die Ausdehnung erfolge auf Volljährige, die eine Internatsschule speziell für Menschen mit Behinderungen besuchen wie beispielsweise eine Internatsschule für blinde oder taubblinde Menschen.

Die Sonderregelung nach § 134 Abs. 4 SGB IX für Volljährige knüpft tatbestandlich an zwei Voraussetzungen an und zwar

- an eine bestimmte Leistung, nämlich Leistungen zur Schulbildung nach § 112 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX oder zur schulischen Ausbildung für einen Beruf nach § 112 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX und
- an einen bestimmten Leistungsort, nämlich besondere Ausbildungsstätten über Tag und Nacht für Menschen mit Behinderung.

¹ vgl. Regierungsentwurf zum BTHG (BT-Drs. 18/9522 vom 05.09.2016, Seite 300, 301)

38 **II. Problem**

39 Nach Erhebungen des LWL treffen die vorgenannten Voraussetzungen in seiner
40 Zuständigkeit nur auf rund 100 von insgesamt rund 22.100 volljährigen
41 Leistungsberechtigten zu, die Leistungen der EGH in stationären Einrichtungen vom
42 LWL erhalten. Das sind weniger als 0,5 Prozent der Gesamtzahl.

43 Wesentlich größer ist mit ca. 600 Berechtigten der Anteil der jungen Volljährigen,

- 44 • die Leistungen der (sozialhilferechtlichen) EGH in stationären Einrichtungen der
45 Jugendhilfe mit Vereinbarungen nach §§ 78a ff. SGB VIII erhalten oder
- 46 • die Leistungen in stationären Einrichtungen der EGH für überwiegend
47 minderjährige Leistungsberechtigte

48 erhalten.

49 Bei der ersten Gruppe handelt es sich in der Regel um junge Volljährige mit
50 psychischen Behinderungen, die zunächst Leistungen der EGH nach §§ 35a, 41 SGB
51 VIII vom Träger der Jugendhilfe erhalten haben, aber wegen eines langfristigen
52 Hilfebedarfs in die (sozialhilferechtliche) EGH wechseln. Die Konzeptionen der
53 Jugendhilfeeinrichtungen berücksichtigen die Bedarfe junger Volljähriger bis zum 27.
54 Lebensjahr. Bei der zweiten Gruppe handelt es sich um junge Volljährige mit
55 langfristigen Hilfebedarfen, bei denen ein Wechsel in betreute Wohnformen für
56 Erwachsene angestrebt wird, aber aus fachlichen Gründen nicht stichtagsbezogen mit
57 Vollendung des 18. Lebensjahres erfolgt.

58 Im SGB VIII wird die Trennung zwischen Fachleistung und Existenzsicherung durch
59 das BTHG nicht nachvollzogen. Das Leistungserbringerrecht nach §§ 78a ff. SGB VIII,
60 das im Wesentlichen dem bisherigen Leistungserbringerrecht des SGB XII entspricht,
61 bleibt unverändert.

62 Fraglich ist, ob ab 01.01.2020 in den Fällen der Leistungsgewährung nach dem SGB IX
63 durch den Träger der EGH in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe
64 Vereinbarungen nach §§ 123 ff. SGB IX mit Trennung Fachleistung und
65 Existenzsicherung abzuschließen sind oder ob auch für Einrichtungen der Jugendhilfe
66 eine Sonderregelung greift. Dafür käme ersichtlich nur § 134 Abs. 4 SGB IX in
67 Betracht.

68 Die Einschlägigkeit von § 134 Abs. 4 SGB IX ist jedoch rechtlich zweifelhaft, da die
69 Jugendhilfeeinrichtungen unter „besondere Ausbildungsstätten über Tag und Nacht
70 für Menschen mit Behinderung“ zu subsumieren wären und der Anwendungsbereich
71 auch nur dann eröffnet ist, wenn es um Schulbildung oder schulische Ausbildung
72 geht (siehe dazu oben unter I.).

73 Eine (einzel)vertragliche Regelung nach §§ 123 ff. SGB IX mit
74 Jugendhilfeeinrichtungen (mit Umsetzung von Trennung von Fachleistung und
75 Existenzsicherung) dürfte eine schwierige Herausforderung darstellen oder sogar
76 unlösbar sein, da die überwiegende Zahl der Bewohner nach §§ 78a SGB VIII zu
77 vereinbaren wäre. Gleiches gilt für separate Vereinbarungen unter Berücksichtigung

78 von Trennung der Fachleistung und der Existenzsicherung für junge Volljährige in
79 stationären Einrichtungen der EGH für überwiegend minderjährige
80 Leistungsberechtigte.

81 Die Frage des Leistungserbringerrechts in Jugendhilfeeinrichtungen und in EGH-
82 Einrichtungen für überwiegend Minderjährige ist auch nicht marginal, da hiervon
83 abhängig ist, in welcher Weise die Grundsicherungsleistungen nach dem Vierten
84 Kapitel SGB XII zu berechnen sind (entweder Sonderregelung nach §§ 27c Abs. 1 Nr.
85 2, 27b i.V.m. §§ 41 ff. SGB XII oder als Regelfall nach §§ 41 ff SGB XII). Nach den
86 Zahlen des LWL erhalten rund 30% der jungen Volljährigen in
87 Jugendhilfeeinrichtungen und in EGH-Einrichtungen für überwiegend Minderjährige
88 Leistungen der Grundsicherung nach dem Vierten Kapitel SGB XII.

89

90 **III. Lösung**

91 Die §§ 27c Abs. 1 SGB XII und 134 Abs. 4 SGB IX werden wie folgt ergänzt (Änderung
92 markiert):

93 **§ 27c Sonderregelung für den Lebensunterhalt**

94 (1) Für Leistungsberechtigte, die

95 1. minderjährig sind, nicht in einer Wohnung nach § 42a Absatz 2 Satz 2 leben
96 und denen Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches über Tag und Nacht
97 erbracht werden oder

98 2. volljährig sind und für die § 134 Absatz 4 des Neunten Buches anzuwenden
99 ist, weil ihnen Leistungen der schulischen Ausbildung für einen Beruf nach §
100 112 Absatz 1 Nummer 2 in besonderen Ausbildungsstätten für Menschen mit
101 Behinderungen über Tag und Nacht erbracht werden oder weil sie Leistungen
102 in Einrichtungen der Jugendhilfe erhalten oder weil sie Leistungen über Tag
103 und Nacht zusammen mit einer überwiegenden Anzahl von Minderjährigen
104 erhalten,

105 bestimmen sich der notwendige Lebensunterhalt nach Absatz 2 und der weitere
106 notwendige Lebensunterhalt nach Absatz 3.

107

108 **§ 134 Sonderregelung zum Inhalt der Vereinbarungen zur Erbringung von** 109 **Leistungen für minderjährige Leistungsberechtigte und in Sonderfällen**

110 [Abs. 1 -3]

111 (4) Die Absätze 1 bis 3 finden auch Anwendung, wenn volljährige
112 Leistungsberechtigte Leistungen zur Schulbildung nach § 112 Absatz 1 Nummer 1
113 sowie Leistungen zur schulischen Ausbildung für einen Beruf nach § 112 Absatz 1
114 Nummer 2 erhalten, soweit diese Leistungen in besonderen Ausbildungsstätten über
115 Tag und Nacht für Menschen mit Behinderungen erbracht werden oder wenn sie
116 Leistungen in Einrichtungen der Jugendhilfe erhalten oder wenn sie Leistungen über

- 117 Tag und Nacht zusammen mit einer überwiegenden Anzahl von Minderjährigen
118 erhalten.
119
120 Carsten Mertins

Positionspapier der DVfR zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG):

„Zum Verfahren der Bedarfsermittlung und -feststellung in der Praxis und zur Bedeutung von § 13 SGB IX“

Beschlossen vom Hauptvorstand der DVfR am 16.10.2018

I. Einleitung	2
II. Zur Gestaltung der Bedarfsermittlung in der derzeitigen Praxis.....	3
1. Zum Ablauf der Bedarfsermittlung in der Praxis: Delegation und Verantwortung des leistenden Rehabilitationsträgers.....	3
2. Bedarfsermittlung zur Klärung der Zuständigkeit ggf. mehrerer Träger durch die Bedarfsermittlung nach Antragseingang	7
3. Bedarfsermittlung in der Praxis während der Rehabilitationsleistung und Abschluss der Bedarfsermittlung durch Bedarfsfeststellung und Teilhabe-/Gesamtplanung in der Verantwortung des leistenden Rehabilitationsträgers	8
III. Hinweise der DVfR zur Gestaltung der Bedarfsermittlung	11
1. Zur Bedeutung und Umsetzung des § 13 SGB IX.....	11
2. Instrumente, Arbeitsmittel und Arbeitsprozesse	12
3. Zur Umsetzung des § 13 Absatz 2 SGB IX.....	14
4. Bedarfsermittlung: Fokussierung vs. umfassende Bedarfsermittlung, einzeitiges vs. mehrzeitiges Vorgehen.....	15
5. Weitere Aspekte: Beauftragung von Sachverständigen, Erstellung von Gutachten, multi-/interdisziplinäre Bedarfsermittlung.....	17
6. Zu Inhalten der Bedarfsermittlung: Bezeichnung der Schädigungen und Gesundheitsversorgung: Comorbidität und Gesundheitsvorsorge	18
IV. Zusammenfassung.....	18
Über die DVfR.....	19

I. Einleitung

Das Positionspapier „Zur Umsetzung des BTHG: Zum Verfahren der Bedarfsermittlung und -feststellung in der Praxis und zur Bedeutung von § 13 SGB IX“ stellt weitere Arbeitsergebnisse aus dem Ausschuss der DVfR „Umsetzung des BTHG“ zur Diskussion und knüpft an bereits veröffentlichte Arbeitsergebnisse an.¹

Anlass der Beschäftigung mit Verfahren der Bedarfsermittlung und -feststellung ist die Beobachtung vieler beteiligter Akteure, dass eine vollständige und umfassende Bedarfsermittlung und -feststellung unmittelbar nach Eingang eines Antrages auf eine Leistung zur Teilhabe nicht immer möglich ist, insbesondere nicht in den vom Gesetz vorgesehenen Zeiträumen. Zudem wird bezweifelt, dass eine vollständige und umfassende Bedarfsermittlung vor einer Rehabilitationsleistung durchgeführt werden kann bzw. sollte: Dem stehe schon die hohe Zahl von Rehabilitationsanträgen entgegen, v. a. im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Des Weiteren sei eine vollständige und umfassende Bedarfsermittlung auch nicht immer notwendig, um zu einer sachgerechten Entscheidung bzgl. der beantragten Leistung, z. B. einer Leistung der Anschlussrehabilitation, zu kommen. Schließlich sollte oft das Ergebnis der Rehabilitation abgewartet werden, bevor - je nach verbleibenden Beeinträchtigungen - ggf. weitere Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe ermittelt werden könnten.

Diesem Verständnis steht die Vorgabe des Gesetzgebers entgegen, wonach der Bedarf unverzüglich und umfassend vom zuständigen Rehabilitationsträger ermittelt und festgestellt (§ 14 Absatz 2 Satz 1 SGB IX) oder unverzüglich festgestellt wird, ob andere Rehabilitationsträger zuständig sind bzw. weitere Träger einbezogen werden müssen (§ 15 SGB IX). Ist das der Fall, gibt es detaillierte Vorgaben zum Verfahren der Teilhabeplanung. Aus dieser Pflicht können die Rehabilitationsträger nicht entlassen werden. Der Ausschuss „Umsetzung des BTHG“ der DVfR hat sich deshalb mit der Frage beschäftigt, wie gesetzeskonforme konkrete Lösungsmöglichkeiten aussehen könnten.

Ein weiterer Anlass der Beschäftigung mit Verfahren zur Bedarfsermittlung und -feststellung ist die Beobachtung, dass die Rolle von Stellungnahmen, Gutachten und sozialmedizinischen Beurteilungen meist externer Expertinnen bzw. Experten im Zusammenhang der Bedarfsermittlung nach §§ 13 bzw. 17 SGB IX gegenüber der Verpflichtung der Rehabilitationsträger, selbst den Bedarf zu ermitteln und festzustellen, oft unklar bleibt.

Schließlich bleibt entgegen der gesetzlichen Vorgabe (vgl. § 19 SGB IX einschließlich Begründung) in der Praxis vielfach offen,

- wie die Ergebnisse einer Teilhabeleistung im Hinblick auf die trotz Rehabilitationsleistung verbleibenden Beeinträchtigung der Teilhabe bei der Bedarfsermittlung und der nachfolgenden Teilhabeplanung berücksichtigt werden sollen,
- ob diese in eine auf den Antrag folgende Bedarfsermittlung noch einzubeziehen sind
- und wie eine entsprechende Teilhabeplanung und deren Umsetzung zu erfolgen hat.

Auch hier versucht der BTHG-Ausschuss der DVfR, einige Lösungsvorschläge zu unterbreiten.

Bei all dem ist der Intention des Gesetzgebers Rechnung zu tragen, dass es sich um ein durchgängiges Verfahren handelt, das den Betroffenen gegenüber wie aus einer Hand abläuft, und bei

¹ Vgl. die ICF-Stellungnahme der DVfR von 2017, abrufbar unter: https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR-Stellungnahme_ICF-Nutzung_im_BTHG_bf.pdf (zuletzt abgerufen am 11.10.2018).

welchem dem leistenden Rehabilitationsträger die Hauptverantwortung für den gesamten Prozess zugewiesen ist.

In diesem Zusammenhang ist auf § 19 Absatz 3 SGB IX zu verweisen. Demnach sichert der leistende Rehabilitationsträger auch nach einer Rehabilitationsleistung für die weitere Teilhabeplanung und Umsetzung des Teilhabeplans das Verfahren durchgehend und bleibt zuständig, bis ggf. ein anderer Rehabilitationsträger die Rolle des leistenden Trägers übernimmt oder das Ziel der Teilhabe erreicht ist, d. h. auch im Sinne der Fortschreibung.

In ersten Teil des Positionspapiers wird die derzeitige Praxis der Bedarfsermittlung und der daraus folgenden Schritte dargestellt und einer kritischen Würdigung unterzogen im Hinblick auf die Aufgaben des leistenden Rehabilitationsträgers, den Prozess und den Abschluss des Bedarfsermittlungsverfahrens. In zweiten Teil gibt die DVfR Hinweise zur Gestaltung der Bedarfsermittlung.

II. Zur Gestaltung der Bedarfsermittlung in der derzeitigen Praxis

1. Zum Ablauf der Bedarfsermittlung in der Praxis: Delegation und Verantwortung des leistenden Rehabilitationsträgers

Anliegen des Gesetzgebers ist es, dass bei Menschen mit (drohenden) Behinderungen frühzeitig ein Bedarf an Leistungen zur Teilhabe erkannt (§ 12 SGB IX), der Bedarf ermittelt (§ 13 SGB IX) und festgestellt sowie geklärt wird, wer zuständiger Leistungsträger ist (§ 14 SGB IX) und ob ggf. mehrere Leistungsträger für Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen (§ 15 SGB IX). Ferner ist bei Beteiligung mehrerer Leistungsträger ein Teilhabeplan aufzustellen (§ 19 SGB IX) und ggf. eine Teilhabeplankonferenz durchzuführen (§ 20 SGB IX). Sofern der Träger der Leistungen ein Träger der Eingliederungshilfe ist, führt dieser ein Gesamtplanverfahren nach §§ 117 ff. SGB IX durch, bei mehreren Rehabilitationsträgern als Teil des Teilhabeplanverfahrens. Ist der antragsannahmende Rehabilitationsträger allein zuständig, führt er die Bedarfsermittlung unverzüglich durch und entscheidet innerhalb kurzer Frist über die Leistung.

Am Anfang steht stets die Bedarfserkennung und -ermittlung, die sich abweichungsfest nach den Vorgaben des § 13 SGB IX zu richten und ggf. zusätzlich die Vorgaben nach §§ 117 ff. SGB IX zu berücksichtigen hat. Der Bedarf ist umfassend und vollständig zu erheben.

Bei den inzwischen vorliegenden Bedarfsermittlungsinstrumenten bzw. -verfahren der Rehabilitationsträger – sei es der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der gesetzlichen Rentenversicherung (RV), der Bundesagentur für Arbeit (BA) oder der Träger der Eingliederungshilfe – ist zu beobachten, dass die Vorgaben des § 13 SGB IX im Hinblick auf Vollständigkeit, umfassende Bedarfsermittlung unter Einschluss aller relevanten Gesundheitsstörungen und aller Lebensbereiche nicht immer eingehalten werden. Auch ermittelt der Rehabilitationsträger oft nicht selbst, sondern delegiert die Bedarfsermittlung an Dritte. Sofern dies transparent, strukturiert und qualifiziert erfolgt und die Verantwortlichkeit des leistenden Rehabilitationsträgers gewahrt bleibt, erscheint ein solches Verfahren rechtlich durchaus möglich und zulässig. Bei Art und Umfang der Bedarfsermittlung sind zwischen den Rehabilitationsträgern ferner erhebliche Unterschiede festzustellen, die zum Teil mit trägerspezifischen Belangen begründet werden. Auch wenn die Verfahren sich mehr oder weniger standardisierter Arbeitsmittel bedienen (z. B. Muster 61), kann die Qualität der Bedarfsermittlung im Einzelfall sehr unterschiedlich sein. Erfahrungsgemäß findet häufig auch keine ausdrückliche vollständige Bedarfsfeststellung auf der Grundlage der Bedarfsermittlung statt – vielmehr wird „nur“ über den Antrag und damit die beantragte Leistung

entschieden, nicht jedoch der Bedarf abschließend umfassend festgestellt und daran eine Teilhabeplanung angeschlossen.

Bei der Umsetzung von § 13 SGB IX sind oft folgende Defizite zu beobachten:

- Eine umfassende Ermittlung der Gesundheitsstörungen, die sich auf die Teilhabe auswirken können, findet nicht ausreichend statt, z. B. häufig bei den Instrumenten der Eingliederungshilfe. Dabei kann die Ermittlung von Gesundheitsschäden auch in einem separaten Verfahrensschritt erfolgen.
- Eine umfassende Ermittlung der relevanten Schädigungen auf der Struktur- und der Funktionsebene (vgl. International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) ist nicht immer gewährleistet, z. B. in den Formularen der RV, der BA und der Eingliederungshilfe. Dabei stellt sich das Problem, dass die Erhebung dieser ICF-Kategorien nicht immer einen großen Erkenntnisgewinn darstellt, so dass zum Teil je nach Frage- und Problemstellung geprüft werden muss, welche Daten tatsächlich erhoben werden müssen.
- Eine umfassende und vollständige Ermittlung der dadurch bedingten Beeinträchtigungen der Teilhabe (ICF) findet nur selten statt, am ehesten in einigen Instrumenten der Eingliederungshilfe.
- Eine Ermittlung der Ziele in allen Kategorien der ICF, die mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen, findet meist nur im Hinblick auf die trägerspezifischen Ziele statt und ist auch dort nicht immer vollständig.
- Zumeist wird nur im Hinblick auf die Leistungen des leistenden Trägers ermittelt, welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind. Ergibt die Ermittlung weitere Leistungen über die beantragte Leistung beim leistenden Rehabilitationsträger hinaus, werden diese nur teilweise zu einer umfassenden Bedarfsfeststellung zusammengefasst. Als eine solche kann man z. B. die sozialmedizinische Beurteilung am Ende einer Rehabilitationsleistung der RV durchaus verstehen. Allerdings wird der Bedarf an diesen weiteren Leistungen dann nicht durch den Rehabilitationsträger selbst festgestellt und anschließend in einem Teilhabeplanverfahren umgesetzt. Vielmehr wird in diesem Falle die Empfehlung durch die Rehabilitationsklinik erstellt, wobei ihr die Aufgabe der Umsetzung dann nicht mehr zufällt.

Diese exemplarische und holzschnittartig vereinfachende Darstellung beleuchtet die Umsetzungsproblematik des BTHG in der Praxis. Hieran anschließend stellen sich folgende Fragen: Wie kann eine derart umfangreiche Bedarfsermittlung und -feststellung vor einer ggf. dringlichen Rehabilitationsleistung durchgeführt werden? Und ist sie tatsächlich immer erforderlich?

In vielen Fällen erfolgt die Bedarfsermittlung in der Praxis nicht durch Mitarbeitenden des Rehabilitationsträgers, sondern wird häufig delegiert, z. B. an die Vertragsärztinnen und -ärzte, die Arbeitgeber, die Leistungserbringer (z. B. Eingliederungshilfe), an die oder den Betroffenen. Nach Eingang der in Auftrag gegebenen Bedarfsermittlungsunterlagen und ggf. weiterer Unterlagen nimmt der Rehabilitationsträger die Aus- und Bewertung vor und fordert dann dieser Grundlage entweder weitere Informationen an, ermittelt selbst weitergehend (z. B. durch Gutachten) oder entscheidet über den Antrag auf eine Rehabilitationsleistung. Abschließend ist stets die Bedarfsfeststellung erforderlich. Auf deren Grundlage kommen als Entscheidungsoptionen Ablehnung, Genehmigung, Weiterleitung oder teilweise Weiterleitung in Betracht. Für den Fall mehrerer zuständiger Rehabilitationsträger oder bei Betroffenheit mehrerer Leistungsbereiche, z. B. medizinische Rehabilitation

und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), sowie auf Wunsch des Betroffenen ist ein Teilhabeplanverfahren durchzuführen. In der Praxis gibt es jedoch im Regelfall weder eine umfassende, vollständige und zugleich abschließende Bedarfsermittlung, noch erfüllt die dokumentierte Bedarfsermittlung alle Anforderungen nach § 13 SGB IX. Ferner kommt es in der Regel nicht zur Einleitung eines vollständigen Teilhabeverfahrens durch den leistenden Rehabilitationsträger.

Dies hat mehrere Gründe:

- Eine umfassende und vollständige Bedarfsermittlung durch Mitarbeitende der Rehabilitationsträger selbst stellt diese bei der Antragstellung vor beträchtliche praktische Schwierigkeiten, schon aufgrund der großen Zahl an Anträgen. Dies gilt z. B. bei Anträgen zur medizinischen Rehabilitation der RV und der GKV, teilweise auch für die Träger der Eingliederungshilfe sowie bei Anträgen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Insofern ist die Delegation der Bedarfsermittlung an andere Expertinnen und Experten plausibel. Beispiele für eine solche ggf. vollständige oder teilweise Delegation:

- Die Bedarfsermittlung wird bei Leistungen der Anschlussrehabilitation im Interesse einer möglichst zügigen Weiterbehandlung praktisch allein durch das vorbehandelnde Krankenhaus durchgeführt (sowohl GKV als auch RV), wobei die Teilhabeziele nicht regelhaft nach der Maßgabe des § 13 SGB IX vollständig herausgearbeitet und dokumentiert werden.
- Die Bedarfsermittlung wird im Falle der medizinischen Rehabilitation aus dem ambulanten Versorgungssystem im Bereich der GKV praktisch allein über den behandelnden Arzt mittels Muster 61 durchgeführt, wobei auch das Muster 61 nicht immer die vollständige Bedarfsermittlung einschließlich der nicht trägerspezifischen Teilhabeziele sichert.
- Bei Rehabilitationsanträgen aus dem ambulanten Versorgungssystem an die RV werden meist durch Formblätter umfangreiche Angaben des Versicherten erhoben und es wird ein Befundbericht des behandelnden Arztes angefordert, ergänzt ggf. durch weitere fachärztliche Berichte. (Allerdings wird z. B. bei der Deutschen RV Rheinland stets ein umfangreiches eigenes Gutachten erstellt.).
- Bei Anträgen zu LTA werden umfangreiche Angaben der versicherten Person erhoben, und es wird ein Befundbericht der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes angefordert, ergänzt ggf. durch weitere fachärztliche Berichte und/oder durch arbeitspsychologische oder arbeitsmedizinische Untersuchungsergebnisse der BA. Hinzu kommen in diesem Fall auch Angaben des Arbeitgebers zum Arbeitsplatz und den beruflichen Anforderungen.
- Bei Anträgen zur Eingliederungshilfe gibt es unterschiedliche Verfahrensweisen: Teilweise wird die Bedarfsermittlung ausschließlich durch die Mitarbeitenden des Trägers der Eingliederungshilfe selbst durchgeführt, wobei die schriftlichen Darlegungen der Antragstellerin oder des Antragstellers sowie ggf. weitere Unterlagen berücksichtigt werden und in der Regel ein Teilhabegespräch durchgeführt wird. Teilweise werden bei diesem Verfahren Berichte und Unterlagen des Leistungserbringers zusätzlich angefordert. Zum Teil wird ein Teilhabeplan/Gesamtplan durch den Leistungserbringer erstellt, oft auf Anforderung durch den Leistungsträger, der dann mehr oder weniger intensiv geprüft wird, z. B. auch in einem Teilhabeplangespräch, einer Teilhabeprankonferenz etc.

- Die Praxis der Delegation der Bedarfsermittlung führt in der Praxis dazu, dass eine darauf fußende Bedarfsfeststellung als Verwaltungsakt meist nicht durchgeführt, sondern lediglich eine Entscheidung über die beantragte Leistung getroffen wird. Auch unterbleibt in den meisten „Routinefällen“ die Prüfung, ob über die bewilligte oder abgelehnte Leistung hinaus weitere Leistungen desselben Trägers oder anderer Träger erforderlich sind, die zu einem Teilhabeplan führen müssten.

Allerdings erscheint die Praxis der Delegation überwiegend unvermeidlich, da allein die Zahl der zu bearbeitenden Anträge eine Bearbeitung durch die Rehabilitationsträger selbst unrealistisch erscheinen lässt. Das gilt wohl auch für erhebliche Teile der Eingliederungshilfe. Zudem sind nur dadurch Informationen aus der laufenden Behandlung und medizinischen Betreuung, über den Arbeitsplatz oder über die Lebenslage und die bisher erfolgten individuellen Teilhabeleistungen und ihre Wirksamkeit zu gewinnen und die Kompetenz der Leistungserbringer zu nutzen.

Die Zahl der Anträge (über 2 Mio. allein im Bereich der medizinischen Rehabilitation), aber auch die vorgegebenen Fristen sowie die Komplexität der umfassenden Bedarfsermittlung, schließlich das noch nicht absehbare Ergebnis der Rehabilitationsleistung stehen einer umfassenden und vollständigen Bedarfsermittlung und -feststellung in den vorgegebenen Fristen und einer anschließend sofort erfolgenden Teilhabeplanung entgegen.

Die Ergebnisse der Bedarfsermittlung sind in einem Erhebungsinstrument zu dokumentieren, das die Vorgaben nach §§ 13 und ggf. 117 SGB IX erfüllt. Dieses Instrument soll die umfassende und sachgerechte Bedarfsermittlung sicherstellen, damit eine darauf aufbauende sachgerechte Bedarfsfeststellung und ggf. eine Teilhabe-/Gesamtplanung erfolgen kann.

Inwieweit die verwendeten Erhebungsinstrumente (z. B. Muster 61, Formulare der RV, BEI der Eingliederungshilfe) den gesetzlichen Anforderungen entsprechen, ist Gegenstand eines Forschungsprojekts (vgl. § 13 Absatz 3 SGB IX). Nach Einschätzung des BTHG-Ausschusses der DVfR wird den genannten Vorschriften noch nicht durchgehend Rechnung getragen.

Die DVfR weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Verantwortung für die vollständige, umfassende und sachgerechte Bedarfsermittlung nach §§ 13 bzw. 117 ff. SGB IX auch bei deren Delegation an Dritte vollständig beim Rehabilitationsträger verbleibt. Die Bedarfsermittlung ist mit einem Verwaltungsakt in Form einer Bedarfsfeststellung abzuschließen. Für den leistenden Rehabilitationsträger gilt der Amtsermittlungsgrundsatz, nachdem weitere Informationen einzuholen sind, wenn bei Prüfung der eingereichten Unterlagen erkennbar ist, dass die formalen Vorschriften der §§ 13, 19 ff. und 117 ff. SGB IX nicht eingehalten wurden und die Bedarfsermittlung nicht umfassend und vollständig erfolgt ist.

Ist dies der Fall, hat der Träger weitergehende Informationen zu beschaffen und ggf. selbst für eine umfassende Bedarfsermittlung zu sorgen. Um das zu vermeiden, sollten die Rehabilitationsträger von Anfang an geeignete Arbeitsmittel verwenden, die eine sachgerechte Bedarfsermittlung ermöglichen. Entscheidend ist jedoch nicht allein die Gestaltung des Arbeitsmittels selbst, sondern die sachgerechte Gestaltung des gesamten Verfahrens (s. u.).

Daraus ergibt sich die Frage, wie in den zahlreichen Routinefällen den Vorgaben des Gesetzgebers entsprochen werden kann. Die DVfR unterbreitet dazu den Vorschlag einer sequentiellen Bearbeitung, u. a. mit einer vorläufigen Bedarfsermittlung und -feststellung für eilige Fälle und Routinefälle (s. u.).

2. Bedarfsermittlung zur Klärung der Zuständigkeit ggf. mehrerer Träger durch die Bedarfsermittlung nach Antragseingang

Damit der Rehabilitationsprozess zielgerichtet und sachgerecht erfolgen kann, ist in jedem Fall zunächst zu klären, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist, und ob es neben einem leistenden Rehabilitationsträger noch weitere Leistungsträger gibt, die bei dem dann erforderlichen Teilhabeplanverfahren einzubeziehen sind. Diese Entscheidung muss auch bei einer vorläufigen Bedarfsermittlung und -feststellung getroffen werden, da ansonsten die Entscheidung über die beantragte Rehabilitationsleistung möglicherweise in eine falsche Richtung führt. Dies kann z. B. bei der Gruppe von Menschen mit neu erworbenen Hirnschädigungen, bei Suchtkranken oder Menschen mit seelischen Behinderungen der Fall sein, wenn diese Eingliederungshilfe oder LTA beantragen.

Als problematisch stellt sich aus Sicht der DVfR dar, dass derzeit die am Anfang durchzuführende, systematische Erhebung eines Bedarfs an Leistungen mehrerer Träger oder mehrerer Leistungsbereiche als Voraussetzung einer umfassenden Teilhabeplanung nicht durchgängig sichergestellt ist.

Häufig wird nämlich lediglich eine Entscheidung über die konkret beantragte Leistung getroffen: Die Erfahrungen zeigen, dass bislang aus der ersten Bedarfsermittlung in der Regel nur die Entscheidung über den Leistungsantrag – z. B. auf medizinische Rehabilitation – erfolgt. Hingegen fehlt es an einer Feststellung, ob weitere Leistungen anderer Träger erforderlich sein können und insofern eine Teilhabeplanung erfolgen muss bzw. die praktische Einleitung eines Teilhabeplanverfahrens, ggf. einschl. eines Gesamtplanverfahrens.

Das liegt zunächst daran, dass die Bedarfsermittlung aufgrund des Antrags häufig nicht umfassend erfolgt. Dies wiederum hat seinen Grund (und damit das Problem) darin, dass auf eine umfassende, ggf. sehr aufwändige und nicht ohne erhebliche Verzögerungen durchführbare Bedarfsermittlung verzichtet wird, weil andernfalls die ggf. dringliche Rehabilitationsleistung verzögert würde (z. B. eine Leistung zur Anschlussrehabilitation). Eine generelle umfassende Bedarfsermittlung in allen Antragsfällen, die vorab jeder Leistung zur Teilhabe stattfindet, wäre nicht zu realisieren und wohl auch unverhältnismäßig (s. o.). Dazu tragen auch die Fristenregelungen im Gesetz bei.

Ein weiterer Grund besteht darin, dass die durch die Rehabilitationsmaßnahme (hier meist der medizinischen Rehabilitation) bewirkten Effekte noch nicht bekannt sind, also der Teilhabebedarf nach der Rehabilitationsleistung vorher nicht immer zuverlässig abgeschätzt werden kann. Dies gilt auch für manche LTA und Leistungen der Eingliederungshilfe: So können z. B. oft erst im Rahmen einer Berufsfindungsmaßnahme, im Rahmen einer Maßnahme der beruflichen Bildung oder eines sog. Probewohnens in einer Einrichtung Bedarfe genauer ermittelt werden. Dabei besteht die Schwierigkeit, dass vor der Bewilligung einer Rehabilitationsleistung Ziele formuliert sein müssen, deren Erreichung (Wirksamkeit) dann im Anschluss an die Leistung vom leistenden Rehabilitationsträger zu prüfen ist.

Gerade wenn auf eine umfassende und vollständige Bedarfsermittlung zugunsten eines vorgehalteten fokussierten, selektiven Vorgehens im Sinne einer vorläufigen Bedarfsermittlung und -feststellung verzichtet wird, ist eine ausdrückliche Entscheidung des Rehabilitationsträgers auf der Grundlage der ggf. vorläufigen Bedarfsermittlung erforderlich,

- ob weitere Leistungsträger sofort beizuziehen sind,
- ob dies sicher nicht der Fall ist, oder

- ob diese Frage erst während bzw. nach der durchgeführten Rehabilitationsleistung geklärt werden kann und in welchem Zeitrahmen dies erfolgen soll.

Die erste Bedarfsermittlung muss also ermöglichen, diese notwendigen Entscheidungen sachgerecht zu treffen. Nach den bisherigen Erkenntnissen des BTHG-Ausschusses der DVfR erfolgt dies nicht immer, insbesondere aber nicht explizit.

Diese Überlegungen weisen aus Sicht der DVfR darauf hin, dass der leistende Rehabilitationsträger in der Verpflichtung steht,

- **eine umfassende Bedarfsermittlung durchzuführen,**
- **den künftigen Bedarf festzustellen**
- **sowie darauf aufbauend, ggf. während oder nach einer erbrachten Rehabilitationsleistung, eine Entscheidung bzgl. der weiteren Teilhabeplanung bzw. Gesamtplanung zu treffen,**

und zwar unabhängig davon, ob er eine vorläufige und erste Bedarfsermittlung durchführt, die eine beantragte Leistung rasch ermöglicht.

Die nach oder während einer Rehabilitationsleistung durchgeführte Bedarfsermittlung muss mit einer Feststellung über den Abschluss der Bedarfsermittlung und einer Bedarfsfeststellung enden. Diese kann in der Entscheidung bestehen, dass ein weitergehendes Teilhabeplanverfahren entweder erforderlich oder wegen Erreichung der umfassend ermittelten Teilhabeziele nicht notwendig ist.

Die DVfR weist darauf hin, dass im Falle einer Ablehnung des Antrags unbedingt eine umfassende und vollständige, abschließende Bedarfsermittlung und -feststellung durchzuführen ist. Wird die vorläufige Bedarfsermittlung und -feststellung als ausreichend angesehen, ist dies im Bescheid aufzuführen und ggf. zu begründen.

3. Bedarfsermittlung in der Praxis während der Rehabilitationsleistung und Abschluss der Bedarfsermittlung durch Bedarfsfeststellung und Teilhabe-/Gesamtplanung in der Verantwortung des leistenden Rehabilitationsträgers

Die gesetzliche Grundlage für das weitere Verfahren ergibt sich aus § 19 SGB IX und dessen Begründung: Anders als vor dem BTHG bleibt der leistende Rehabilitationsträger weiterhin für den fortlaufenden Prozess und dessen Steuerung verantwortlich, selbst wenn andere Träger Leistungen erbringen (Splitting). Das Ende dieser Steuerungsverantwortung ist formal nicht festgelegt und dürfte entweder bei vollständiger Erreichung der erhobenen Teilhabeziele oder bei einem abgestimmten Wechsel des leistenden Rehabilitationsträgers erreicht sein.

Demgegenüber gestaltet sich das Verfahren derzeit überwiegend wie folgt:

In der Regel wartet der Rehabilitationsträger im Falle einer bewilligten Leistung deren Resultat ab. Im Bereich der RV erfolgt der Leistungsabschluss mit sozialmedizinischen Empfehlungen zu weiteren Behandlungs- und ggf. Rehabilitationsleistungen, dokumentiert im Abschlussbericht. Ein (nach § 19 SGB IX im Falle der Betroffenheit mehrerer Leistungsbereiche oder Träger vorgeschriebenes) Teilhabeplanverfahren in der Verantwortung des leistenden Trägers findet jedoch in der Regel nicht statt, sondern bleibt den nachfolgenden Akteuren überlassen.

Nicht immer wird der Träger der RV auf Grundlage der sozialmedizinischen Empfehlungen selbst tätig. Es geht hier um solche Fälle, bei denen es die Aufgabe des leistenden Rehabilitationsträgers ist, die Bedarfsermittlung zu Ende zu führen und ggf. eine Bedarfsfeststellung vorzunehmen, oder

aber die empfohlenen Leistungen in einem Teilhabeplan zusammenzufassen und ggf. selbst zu veranlassen. Auch wenn die sozialmedizinischen Empfehlungen fachlich einer Bedarfsermittlung (einschließlich der Benennung der Teilhabeziele) entsprechen, handelt es sich bei diesen nicht um eine vom Rehabilitationsträger zu treffende Bedarfsfeststellung und auch nicht um einen Teilhabeplan im Sinne des § 19 SGB IX. Vielmehr wird erwartet, dass die oder der Betroffene, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Betriebe etc. die Initiative ergreifen, z. B. auch im Hinblick auf eine Beteiligung der BA bzw. der Jobcenter bei Vorliegen von Arbeitslosigkeit oder der Eingliederungshilfe. Eine Beteiligung der Integrationsämter (vgl. § 22 Absatz 3 SGB IX) findet in dieser Phase nur selten statt. Im Grunde wird hier unterstellt, dass ein neues Verfahren mit neuen Anträgen und neuem Verfahren durchzuführen ist.

Die DVfR weist darauf hin, dass in vielen Fällen bereits am Anfang vor einer Rehabilitationsleistung ersichtlich ist, dass nach der einen Leistung mit Wahrscheinlichkeit weitere folgen sollten. Wenn der diesbezügliche Bedarf wegen des Vorliegens einer lediglich vorläufigen Ermittlung nicht am Anfang ermittelt worden ist, besteht die Notwendigkeit, dass der leistende Träger diese nach der Rehabilitationsleistung fortsetzt.

Diese Ausführungen gelten analog für eine medizinische Rehabilitationsleistung der GKV, wobei dort häufig sozialmedizinische Empfehlungen fehlen bzw. unvollständig sind. Auch das Entlass- oder Versorgungsmanagement können wichtige Grundlagen für die abschließende Bedarfsermittlung und -feststellung bieten. In jedem Falle müsste die Krankenkasse den Prozess der Bedarfsermittlung durch eine Bedarfsfeststellung zum Abschluss bringen und über eine ggf. folgende Teilhabeplanung entscheiden (vgl. dazu § 15 SGB IX). Insbesondere wären im Bereich der GKV häufig neben anderen Rehabilitationsträgern nach § 22 Absatz 2 SGB IX die Pflegekassen am Teilhabeplanverfahren zu beteiligen.

Ähnlich verhält es sich bei Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn die Träger dieser Leistungen sich auf die Erstellung eines Gesamtplanes beschränkt und mögliche Leistungen anderer Rehabilitationsträger dabei nicht berücksichtigt werden. Auch hier gibt es die Konstruktion der vorläufigen Leistungserbringung, zumindest im Eilfall (§ 120 Absatz 3 SGB IX), sei es durch ein Probewohnen, vor einer Aufnahme in eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), bei der beruflichen Bildung oder bei einer vorläufigen, zeitlich eng befristeten Leistungszusage, innerhalb derer dann eine umfassende Bedarfsermittlung und -feststellung stattfinden kann, aus der dann die weitere Teilhabe bzw. Gesamtplanung resultiert.

Häufig beziehen sich die Empfehlungen in den Entlassungsberichten medizinischer Rehabilitationsleistungen, den Abschlussberichten von LTA oder in den Gesamtplänen allerdings auf diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die nach herrschender Meinung nicht den Rehabilitationsleistungen, sondern der Krankenbehandlung zugeordnet werden.² Die Träger der Eingliederungshilfe z. B. verfolgen damit möglicherweise das Ziel, alle Leistungen aus dem System der sozialen Sicherung in Anspruch nehmen zu lassen, um damit letztlich eine mögliche Entlastung bei den erforderlichen Leistungen durch die Eingliederungshilfe und ihrer finanziellen Belastung zu erreichen. Ist sichergestellt, dass die Zielsetzung des Gesetzgebers nach einer vollen Teilhabe am ge-

² Hier wird zum Teil die Auffassung vertreten, dass auch einzelne Leistungen nach § 42 SGB IX Rehabilitationsleistungen zu Lasten der Rehabilitationsträger sein können. Diese Diskussion ist bislang kontrovers geblieben. Es wird deshalb unbeschadet der Bewertung einer der Positionen davon ausgegangen, dass therapeutische Einzelleistungen in der Praxis der Krankenbehandlung zugeordnet werden.

sellschaftlichen Leben ernst genommen wird, ist dieses Vorgehen legitim und nicht kritisch zu beurteilen.

Die Krankenbehandlung wird also nicht dem System der Rehabilitation zugeordnet, vielmehr finden sich die einschlägigen Regelungen im SGB V. Dort dominiert der Sicherstellungsauftrag der Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen nach §§ 73 und 75 SGB V, sodass die Krankenkassen bei solchen Leistungen nicht als Rehabilitationsträger am Teilhabeplanverfahren beteiligt werden können. Hier fehlt es an einer gesetzlichen Grundlage für eine Einbeziehung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes, der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten oder anderer Leistungserbringer im Rahmen der Krankenbehandlung. Dies gilt auch z. B. für empfohlene ergänzende Leistungen zur Rehabilitation wie z. B. für Rehabilitationssport oder Funktionstraining, da deren Verordnung den Vertragsärztinnen und -ärzten im Rahmen des Sicherstellungsauftrags obliegt, und bisher die Krankenkasse hier nicht als Rehabilitationsträger selbstständig agiert. Eine Änderung zeichnet sich im Bereich der Hilfsmittelversorgung ab, wenn diese dem Behinderungsausgleich dient und nicht primär therapeutischen Zielen. Hier weist die jüngste Rechtsprechung des Bundessozialgerichts in die Richtung, dass in diesen Fällen die Krankenkassen als Rehabilitationsträger fungieren.³ Folglich wäre es sachgerecht, wenn die Krankenkassen dann in das Teilhabeplanverfahren einbezogen werden, wenn eine Hilfsmittelversorgung zur Verbesserung der Teilhabe erforderlich und der Bedarf ermittelt worden ist. Dies würde gelten, obwohl die Verordnung der Hilfsmittel nach § 33 SGB V i. V. m. § 47 SGB IX derzeit den Vertragsärztinnen bzw. -ärzten übertragen ist. Hierfür gibt es aber mit § 47 SGB IX eine gesetzliche Grundlage.

Diese Ausführungen zeigen, dass in den Fällen, in denen eine Teilhabeleistung durch den leistenden Rehabilitationsträger bewilligt und daraufhin erbracht wird und zu Beginn des Prozesses keine umfassende, sondern nur eine vorläufige Bedarfsermittlung erfolgt ist, das Verfahren zur Bedarfsermittlung nicht immer ausreichend zum Abschluss gebracht wird. Dazu kommt, dass meist keine endgültige Bedarfsfeststellung, ggf. unter Einschluss von während der Rehabilitationsleistung gewonnenen Erkenntnissen, und damit keine Teilhabeplanung über die erfolgte Rehabilitationsleistung hinaus durchgeführt wird. Dies entspricht nicht dem gesetzlichen Auftrag, bei Bedarf an Leistungen mehrerer Rehabilitationsträger ein Teilhabeplanverfahren in der Verantwortung des leistenden Rehabilitationsträgers einzuleiten, zu steuern und bis zu einem Ende fortzuführen.

Empfehlungen aus der Rehabilitationsleistung führen nur dann nicht zur Notwendigkeit einer Teilhabeplanung, wenn sie sich auf Krankenbehandlung oder Pflege beziehen. Diese stellen nämlich keine Rehabilitationsleistungen dar und unterliegen insofern nicht den Vorschriften des 1. Teils des SGB IX. Allerdings ist zu beachten, dass Leistungen der Rehabilitation nicht auf stationäre oder ambulante medizinische Leistungen begrenzt sind, es sind auch ergänzende Leistungen zu berücksichtigen sowie die zahlreichen Optionen für LTA. Ein Beispiel für nachfolgende Leistungen in der Verantwortung des leistenden Rehabilitationsträgers stellen Nachsorgeprogramme der RV dar, wie z. B. IRENA u. a.

Wird ein Antrag auf eine Rehabilitationsleistung abgelehnt, kann die umfassende und vollständige Bedarfsermittlung nicht auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden. In diesen Fällen ist die Bedarfsermittlung abschließend umfassend und vollständig durchzuführen. Der Gesetzgeber verfolgt damit das Ziel, dass Bedarfe an anderen, nicht beantragten Leistungen, nicht übersehen werden, sondern ggf. einer Teilhabeplanung zugeführt werden.

³ Urteil vom 15. März 2018, Az. B 3 KR 18/17 R

Die DVfR weist deshalb darauf hin, dass unter Berücksichtigung der erheblichen praktischen Schwierigkeiten einer umfassenden und vollständigen Bedarfsermittlung ganz am Anfang eines Rehabilitationsprozesses bei einer großen Zahl von Antragstellerinnen bzw. Antragstellern zusätzliche (untergesetzliche) Regelungen für die Prozessgestaltung erforderlich sind, z. B. als Bestandteil der „Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess“ der BAR (GE RP)⁴. Mit diesen kann sichergestellt werden, dass eine Teilhabeplanung und ggf. eine Gesamtplanung in der Verantwortung des leistenden Trägers (der medizinischen Rehabilitation, aber auch der Eingliederungshilfe, ggf. auch der Teilhabe am Arbeitsleben, d. h. RV oder BA) mit dem Resultat eines verbindlichen Teilhabe- bzw. Gesamtplans stattfindet. Dies gilt sowohl für den Fall der Ablehnung von Leistungen als auch für den Fall genehmigter Leistungen für die Zeit nach deren Abschluss.

Unter der großen Zahl von Menschen, die Leistungen der medizinischen Rehabilitation der Eingliederungshilfe oder der LTA in Anspruch nehmen, wird der Anteil der Personen, die ein Teilhabeplanverfahren benötigen, wahrscheinlich relativ klein sein. Es erscheint daher praktisch möglich, für diesen Personenkreis eine abschließende umfassende Bedarfsermittlung, eine Bedarfsfeststellung und ggf. ein Teilhabeplanverfahren durch den leistenden Rehabilitationsträger mit dem gesetzlich vorgeschriebenen Ergebnis eines verbindlichen Teilhabeplans umzusetzen.

Nach Auffassung der DVfR kann das gesamte Verfahren als sequentieller Prozess aufgefasst werden, bei dem nicht alle Elemente der Bedarfsermittlung und der Teilhabe- bzw. Gesamtplanung am Anfang vor der ersten Rehabilitationsleistung ermittelt werden müssen (vorläufige Bedarfsermittlung und -feststellung). Dafür ist zu gewährleisten, dass zu Beginn die Zuständigkeit weiterer Rehabilitationsträger zuverlässig ermittelt und dieser Prozess gesetzeskonform in der Verantwortung des leistenden Trägers insgesamt vollständig bis zu einem definierten Abschluss fortgeführt wird.

Dies ist ein praktisch realisierbares Vorgehen, das die bisherigen bewährten Prozesselemente aufnimmt und gleichzeitig dem gesetzgeberischen Anliegen eines durchgängigen Rehabilitationsprozesses zur Förderung der Teilhabe Rechnung trägt. Im Ergebnis hilft es, die derzeit immer wieder beklagten Schnittstellenprobleme zu überwinden.

III. Hinweise der DVfR zur Gestaltung der Bedarfsermittlung

Für die Gestaltung der Bedarfsermittlung auf der Grundlage des SGB IX gibt die DVfR folgende lösungsorientierte Hinweise:

1. Zur Bedeutung und Umsetzung des § 13 SGB IX

Die DVfR weist auf die grundsätzliche und besondere Bedeutung des § 13 SGB IX hin. Mit den dort enthaltenen Regelungen für die Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs werden zugleich die Inhalte der Bedarfsermittlung insgesamt und für alle Rehabilitationsträger vorgegeben. § 13 SGB IX ist auch bei der Gesamtplanung nach § 117 ff. SGB IX vollumfänglich zu berücksichtigen.

Die Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX stellt die Grundlage für die folgende Teilhabe- und/oder Gesamtplanung dar. Alle Informationen und Unterlagen sind durch systematisierte Arbeitsprozesse

⁴ BAR: Entwurf einer Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess, abrufbar unter https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/GE-RPZ-Arbeitsentwurf_Stand_12012018versand.pdf (zuletzt abgerufen am 10.10.2018)

so zusammenzuführen, dass die Erfüllung sämtlicher Vorgaben der Vorschrift sichergestellt ist. Dabei ist ein (leitfadengestütztes) Bedarfsermittlungsgespräch unverzichtbar (s. u.).

2. Instrumente, Arbeitsmittel und Arbeitsprozesse

Die verwendeten Begrifflichkeiten werden in der Gesetzesbegründung erläutert und finden so etwa bei der Gemeinsamen Empfehlung Rehaprozess (GE RP) der BAR Berücksichtigung. Demnach ist das „Instrument“ als übergeordneter Begriff zu verstehen, der standardisierte Arbeitsmittel und systematische Arbeitsprozesse umfasst. Dabei bleiben auch diese Begriffe trotz der Erläuterung in der Gesetzesbegründung teilweise unklar und bedürfen der Erläuterung, die z. B. in der GE RP in unmittelbarer Anlehnung an die Gesetzesbegründung erfolgt.

Nach der GE RP können folgende Festlegungen unterschieden werden:

- Zu den standardisierten Arbeitsmitteln gehören „z. B. funktionelle Prüfungen (Sehtests, Intelligenztests, Hörtests), Assessment- und Diagnoseinstrumente, Fragebögen, IT-Anwendungen, Antragsunterlagen, Befundberichte, Checklisten, Leitfäden etc. ...“ (§ 38 Absatz 3 GE RP).
- „Systematische Arbeitsprozesse können z. B. sein Erhebungen, Analysen, Dokumentation, Planung und Ergebniskontrolle, insbesondere auch in ihrer systematischen Verbindung zueinander. Sie sorgen z. B. dafür
 - Verbindungen zwischen dem Einsatz von Arbeitsmitteln nach Absatz 3 darzulegen und
 - eine Verknüpfung von gewonnenen Erkenntnissen und dem Einsatz von Arbeitsmitteln herzustellen.“ (§ 38 Absatz 2 GE)
- „Begutachtungen nach § 17 SGB IX stellen eine besondere Art von Instrumenten dar, die Aspekte von Absatz 2 (der Gemeinsamen Empfehlung zu systematischen Arbeitsprozessen, Anm. d. Verf.) und Absatz 3 (der Gemeinsamen Empfehlung zu standardisierten Arbeitsmitteln, Anm. d. Verf.) kombinieren. Inhaltlich unterliegen sie ebenfalls den hier genannten Grundsätzen, Verfahrensaspekte sind in § 28 (der GE RP, Anm. d. Verf.) geregelt. Es gilt die „Gemeinsame Empfehlung Begutachtung“.“ (§ 38 Absatz 4 GE RP, Anm. d. Verf.)

Aus Sicht der DVfR bleibt dabei noch offen, welche Bedeutung dem Gespräch mit der oder dem Betroffenen (ggf. einschließlich gesetzlicher Betreuungspersonen oder anderen Vertrauenspersonen) zugemessen und wo dieses systematisch abgebildet wird. Die DVfR hat in ihrem Positionspapier zu ICF und BTHG⁵ deutlich gemacht, dass es sich bei der Analyse der Beeinträchtigungen und ihrer Auswirkung auf die Teilhabe (im Zusammenhang mit den Kontextfaktoren), der Formulierung der Teilhabeziele und der Benennung von Leistungen, die prognostisch die Teilhabeziele erreichbar machen sollen, um einen kommunikativen, hermeneutischen Prozess handelt. Dieser ist nicht beliebig formalisierbar und kann durch reine Assessmentinstrumente nur unterstützt, aber nicht ersetzt werden.

Zu Recht wird deshalb in § 36 Absatz 3 der GE RP ausgeführt: „Hierbei erfasst jeder Rehabilitationsträger Informationen zu allen Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells sowie deren Wechselwirkungen zumindest dem Grunde nach. Dafür bieten sich insbesondere strukturierte Gespräche zum Einholen von Informationen, z. B. in Beratungs- und Befundgesprächen an. Die strukturierten Gespräche können durch entsprechende Hilfestellungen unterstützt werden.“ Auch die

⁵ DVfR a. a. O., S.1

Orientierungshilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) zur Gesamtplanung stellt das leitfadengestützte Gespräch als notwendigen Verfahrensbestandteil heraus.⁶

Diese Gespräche könnten sowohl den systematischen Arbeitsprozessen als auch den standardisierten Instrumenten zugeordnet werden. Entscheidend ist, dass die Bedarfsermittlung nicht ausschließlich mittels Assessmentinstrumenten (= Arbeitsmittel im engen Sinne) durchgeführt werden kann bzw. darf. Diese erfassen nämlich jeweils nur partielle Aspekte und haben zudem meistens auch metrische oder qualitativ begrenzte Eigenschaften, so dass eine umfassende und den individuellen Wünschen (relevant für die Zielbestimmung) entsprechende Bedarfsermittlung dadurch allein nicht gelingen kann. Dies gilt z. B. auch für Arbeitsmittel, die auf der Basis sog. ICF-Core Sets erstellt werden.⁷

Damit wird deutlich, dass zwischen der praktischen Durchführung der Bedarfsermittlung und der Dokumentation der Ergebnisse der Bedarfsermittlung, die der Bedarfsfeststellung zugrunde gelegt werden muss, unterschieden werden sollte. Zur Zeit ist nicht eindeutig, welche Rolle den sog. Bedarfsermittlungsinstrumenten in der Eingliederungshilfe (z. B. BEI Nordrhein-Westfalen, BEI Baden Württemberg, BENI Niedersachsen, ITP Thüringen) zukommen soll: Sind sie die Instrumente, die den Prozess der Bedarfsermittlung am Ende vollständig abbilden, oder sind sie nur Arbeitsmittel, die nur eine begrenzte Aufgabe haben und durch weitere Unterlagen im Verwaltungsprozess ergänzt werden?

Die DVfR regt an, im Interesse der Betroffenen den konkreten Durchführungsprozess der Bedarfsermittlung strukturiert und qualitätsgesichert zu gestalten und empfiehlt, als vorrangiges und unverzichtbares Arbeitsmittel das leitfadengestützte Bedarfsermittlungsge­spräch vorzusehen. Durch eine Leitfadener­stützung kann eine ausreichende Standardisierung hergestellt werden. Die Ergebnisse dieses Gesprächs sind freitextlich und für den Betroffenen verständlich zu dokumentieren. Dabei können Ergebnisse von Assessments einbezogen werden.

Erfahrungen aus der bislang durchgeführten Bedarfsermittlung zeigen, dass Ergebnisse von Assessments ohne individuellen kommunikativen Diskurs in der Regel keine ausreichende Erarbeitung von Zielen erlauben. Dies gilt insbesondere in der Eingliederungshilfe, jedoch auch für andere Teilhabeleistungen, z. B. der medizinischen Rehabilitation oder der LTA (Ausnahmen bei sehr begrenzten und einfachen Bedarfen). Deshalb werden in zahlreichen Fällen bereits Bedarfsermitt­lungsgespräche geführt; in der Eingliederungshilfe oft durch Leistungserbringer vor der Teilhabe- bzw. Gesamtplanung oder in deren Zusammenhang, dann häufig durch den Rehabilitationsträger.

Die Dokumentation des Bedarfsermittlungsge­sprächs kann mit unterschiedlichen Arbeitsmitteln erfolgen, die ggf. trägerspezifisch oder leistungsartbezogen gestaltet werden (z. B. Muster 61 u. a.). So wird das Gespräch z. B. für eine Leistung der medizinischen Rehabilitation in der Regel die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt führen, die/der das Ergebnis so dokumentieren sollte, dass die Anforderungen nach § 13 Absatz 2 SGB IX erfüllt werden (z. B. mittels des Muster 61 oder in Form des Antrags der RV oder der GKV auf eine Anschlussrehabilitation). Insofern sind die vorhandenen Dokumentationsinstrumente daraufhin zu überprüfen, ob sie die Anforderungen nach § 13 Absatz 2 SGB IX erfüllen.

⁶ Orientierungshilfe der BAGüS zur Gesamtplanung abrufbar unter https://www.lwl.org/spur-download/bag/02_2018an.pdf (zuletzt abgerufen am 10.10.2018)

⁷ Vgl. DVfR a. a. O., S.1; BAGüS ebenda

Die DVfR weist darauf hin, dass zwischen der Durchführung von Gesprächen im Rahmen der Bedarfsermittlung, ihrer Auswertung und ihrer Dokumentation unterschieden werden sollte. So wirkungsvoll Leitfäden die Durchführung von Gesprächen unterstützen können, erscheint es doch aus Sicht der DVfR problematisch, wenn die vorhandenen Bedarfsermittlungsinstrumente (s. o.) unmittelbar als Gesprächsleitfäden eingesetzt werden. Dies dürfte die Beteiligten überfordern, da die Formulare eher systematisch als gesprächsorientiert strukturiert wurden.

Die Überforderung bei einer unmittelbaren Anwendung der vorgelegten Instrumente resultiert z. B. daraus, dass das bio-psycho-soziale Modell und die klassifikatorische ICF-Systematik sich nur mittelbar mit den Alltagserfahrungen und dem Alltagshandeln verbinden lassen. Geprüft werden sollte aber eine Gestaltbarkeit der Instrumente der Bedarfsermittlung dahingehend, dass sie nicht nur die systematische Dokumentation sichern, sondern auch der Funktion eines Gesprächsleitfadens gerecht werden können. In jedem Fall muss dabei auf eine kleinteilige und Objektivierbarkeit vorsepiegelnde Anwendung der ICF verzichtet werden.

3. Zur Umsetzung des § 13 Absatz 2 SGB IX

Damit rückt die konkrete Gestaltung des Bedarfsermittlungsgesprächs in den Vordergrund: Wie wird sichergestellt, dass einerseits alle Elemente von § 13 Absatz 2 SGB IX tatsächlich und angemessen thematisiert werden und andererseits der Betroffene ausreichend einbezogen wird? Beides ist anspruchsvoll und oft schwierig. *Conty* und *Pöld-Krämer* analysieren die damit verbundenen Probleme systematisch.⁸ Aus ihren Erkenntnissen folgt, dass die kommunikativen Kompetenzen der betroffenen Gesprächspartnerinnen und -partner von entscheidender Relevanz sind. Hierbei geht es um den Grad ihrer Information über Teilhabe- und Leistungsoptionen, um die Gesprächsatmosphäre (ggf. einschließlich Leichter Sprache), vor allem aber auch um eine entsprechende Vorbereitung einschließlich der Antizipation möglicher Wirkungen von Leistungen und der Möglichkeiten der Variation von Kontextfaktoren von Relevanz. Diese Anforderungen stellen eine Herausforderung dar.

Sie sind allerdings nicht völlig neu, ist den genannten Aspekten doch regelhaft auch jetzt schon im Bereich der sozialen Arbeit und der interdisziplinären Teams Rechnung zu tragen. Es kommt nun aber darauf an, dass sie (auch) im konkreten Verfahren nach § 13 SGB IX berücksichtigt werden. Deshalb ist es bei der Bedarfsermittlung ganz wesentlich, den Prozess insgesamt, v. a. aber das Bedarfsermittlungsgespräch, diskursiv zu gestalten und der oder dem Betroffenen sowohl eine angemessene Vorbereitung und Einstellung als auch ein Gesprächssetting zu ermöglichen, das ihn tatsächlich als Subjekt mit einbezieht. Dies setzt wesentlich eine entsprechende fachliche und kommunikative Qualifikation der professionellen Partnerinnen bzw. Partner voraus. Zur Unterstützung bei der Vorbereitung auf das Gespräch zur Bedarfsermittlung können im Übrigen beispielsweise angemessen formulierte Anschreiben an die bzw. den Leistungsberechtigten und weitere Beteiligte, verbunden mit einer „Selbstauskunft“ dienen. Letztere dient einerseits der Vorbereitung auf eine komplexe Gesprächssituation und kann andererseits als schriftliche Darstellung der Wünsche und Zielsetzungen von Leistungsberechtigten genutzt werden.

Dabei ist in der Regel eine Vor- und Zuarbeit professioneller Fachkräfte in den Settings erforderlich, die dem Bedarfsermittlungsgespräch vorgelagert sind. Dies gilt nicht nur in Fällen, in denen die

⁸ Conty, M., Pöld-Krämer, S.: „Behinderung“ und ihre Feststellung – neue Anforderungen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)“ (Ausschussvorlage)

Bedarfsermittlung multiprofessionell erfolgen sollte, sondern grundsätzlich, damit die oder der Betroffene bzw. seine Bezugspersonen sich konkret über verschiedene Möglichkeiten von Leistungen informieren und diese alltags- und lebensweltnah antizipieren können.⁹ Diesem Anspruch ist bei der Entwicklung von Arbeitsmitteln, z. B. Bedarfsermittlungsinstrumenten, und ihrer konkreten Anwendung Rechnung zu tragen. Solche vorgelagerten Diskussions- und Klärungsprozesse sind also bedarfsgerecht vorzusehen. Dabei lässt sich in vielen Fällen aus fachlicher Sicht eine Beteiligung der Leistungserbringer für die oder den jeweilig Betroffenen nicht vermeiden, wenn genau diese über die entsprechenden qualifizierten Informationen gerade auch zu Wünschen und Möglichkeiten der Klientin oder des Klienten verfügen. So erfolgt z. B. in der GKV eine Delegation der Bedarfsermittlung für eine medizinische Rehabilitationsleistung an die behandelnde Vertragsärztin bzw. den behandelnden Vertragsarzt, die bzw. der die Patientin oder den Patienten gut kennt.

Bestandteile von solchen vorbereitenden Aktivitäten sind Prozesse, die unter Maßnahmen der Bedarfserkennung, der Beratung und der Information gefasst werden. Diese sind jedoch in vielen Fällen nicht hinreichend und vor allem nicht obligatorisch so geregelt, als dass man hierauf bei der Bedarfsermittlung ausreichend aufbauen könnte.

Dies genannten Zusammenhänge umfassend zu untersuchen, ist Aufgabe des bereits erwähnten Forschungsprojekts nach § 13 Absatz 3 SGB IX. Es geht also nicht allein um die Bestandsaufnahme einzelner vorhandener Instrumente im Sinne von Arbeitsmitteln bzw. Assessmentinstrumenten, sondern um den Gesamtprozess zur Umsetzung des § 13 Absatz 2 SGB IX.

Aus Sicht der DVfR ist dabei vor allem auf die Gestaltung des diskursiven Prozesses zu achten und inwieweit die Arbeitsmittel diesen fördern und unterstützen. Hierfür wird man insbesondere die Gestaltung des Bedarfsermittlungsgesprächs als gleichsam zentrales Arbeitsmittel in den Vordergrund rücken müssen. In diesem Zusammenhang wird auch zu ermitteln sein, wer in welchem Setting mit welcher Qualifikation und in welcher Qualität das Bedarfsermittlungsgespräch führt, wie es vorbereitet wird und inwieweit es tatsächlich in die Teilhabeplanung eingeht sowie welche Voraussetzungen für ein bedarfsgerechtes Gespräch geschaffen werden müssen.

4. Bedarfsermittlung: Fokussierung vs. umfassende Bedarfsermittlung, einzeitiges vs. mehrzeitiges Vorgehen

Die Bedarfsermittlung kann von Amts wegen eingeleitet werden, wenn der Rehabilitationsträger Kenntnisse über einen möglichen Bedarf hat oder dies gesetzlich vorgesehen ist, z. B. bei der Rehabilitationsempfehlung bei der Pflegebegutachtung (§ 18 Absatz 6 SGB XI). In der Regel ist ein Antrag der betroffenen bzw. versicherten Person erforderlich. Ggf. wirken die Rehabilitationsträger (und alle anderen beteiligten Akteure) darauf hin, dass die oder der Betroffene einen Antrag stellt.

In der Praxis stellt sich nun die Frage, wie eine umfassende Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX bei jedem Antrag auf eine Leistung zur Teilhabe erfolgen kann.¹⁰ Auf die Bedeutung der Zahl allein der medizinischen Rehabilitationsleistungen wurde bereits hingewiesen. Denkbar sind Konstellationen, bei denen zunächst auf eine alle Bereiche der ICF (Funktionen, Aktivitäten, Teilhabe, Kontextfaktoren) umfassende Bedarfsermittlung zugunsten einer fokussierten und vorläufigen Bedarfsermittlung verzichtet wird. Prozedural müsste dann sichergestellt sein, dass eventuell andere

⁹ Etwa bei der Frage, wo die oder der Betroffene wohnen möchte, ob sie bzw. er eine Psychotherapie oder eine orthopädische Rehabilitationsmaßnahme z. B. bei somatoformer Schmerzstörung benötigt etc.

¹⁰ Vgl. auch Kap. I dieses Positionspapiers.

Rehabilitationsträger von vornherein mit einbezogen werden und der leistende Rehabilitationsträger den Gesamtprozess der Teilhabeplanung fortführt, und zwar auch nach der Teilhabeleistung.¹¹

Andererseits dürfen durch einen Verzicht auf eine umfassende Bedarfsermittlung vor einer Rehabilitationsleistung aufgrund einer Fokussierung keinem Akteur Nachteile entstehen: weder der oder dem Betroffenen, sofern sie bzw. er durch die Fokussierung andere notwendige Leistungen zur Teilhabe nicht erhalten würde, noch den Rehabilitationsträgern, wenn z. B. die Chancen des Arbeitsplatzerhalts dadurch nicht genutzt würden und lange Zeiten von Arbeitsunfähigkeit (ggf. mit Krankengeldbezug) bzw. eine Erwerbsminderungsrente die Folge wären.

Dies wirft die Frage auf, ob eine Bedarfsermittlung in der bleibenden Verantwortung des leistenden Trägers auch sequentiell und ggf. in verschiedenen Settings erfolgen kann. Dies wird etwa in der GE RP mit dem Hinweis angesprochen, dass z. B. während einer medizinischen Rehabilitationsleistung weitere Bedarfe etwa für LTA ermittelt und bedarfsgerecht eingeleitet werden können.¹² Der Entlassungsbrief, dem aktuell die Funktion eines Gutachtens zugemessen wird, enthält ggf. Empfehlungen für weitere Teilhabeleistungen, die derzeit allerdings häufig nicht in eine konkrete Teilhabeplanung münden bzw. häufig nicht oder nicht vollständig umgesetzt werden. Auch der Eingangsbereich der WfbM sowie deren Bereich berufliche Bildung haben Bedarfsermittlungsaufgaben.

Entscheidend ist aus Sicht der DVfR,

- **dass am Ende eines definierten Zeitraums der umfassende Bedarf ermittelt, dann festgestellt wird, und**
- **auf dieser Grundlage die verbindliche Teilhabeplanung, ggf. mit Gesamtplanung, durch den leistenden Rehabilitationsträger erfolgt, der die Leistungen sodann durchführt oder die Durchführung unter seiner Steuerung veranlasst.**

Dabei sollen die prognostisch bereits definierten Ziele berücksichtigt und ggf. fortgeschrieben werden. Umfasst werden sollte der Zeitraum unmittelbar nach einer durchgeführten Rehabilitationsleistung, aber auch der Zeitraum, der durch die definierten Ziele bestimmt wird. Ergibt die Bedarfsermittlung während oder nach der Rehabilitationsleistung einen weitergehenden Bedarf, ist dieser zu ermitteln, festzustellen und dann ggf. in eine Teilhabe- oder Gesamtplanung zu überführen (bzw. der vorhandene Teilhabe- bzw. Gesamtplan anzupassen).

Dies kann nicht nur für medizinische Rehabilitationsleistungen gelten, sondern analog auch für LTA und Leistungen der Eingliederungshilfe.

Es erscheint daher sinnvoll, gerade auch im Rahmen der Bewältigung des „Massengeschäfts“ der Rehabilitation, Struktur- und Prozessmodelle für eine sequentielle Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung zu entwickeln, die individuumsbezogen verbindlich einzuhalten sind. Dazu gehört die Identifizierung von Settings, in denen eine solche zunächst partielle und erst zum Schluss umfas-

¹¹ So stellt sich z. B. die Frage, ob nach einer orthopädischen Operation (Endoprothese) bei klarer Indikation zur Anschlussrehabilitation sofort vor der Rehabilitationsleistung eine umfassende Bedarfsermittlung erfolgen muss oder ob diese auch im Laufe der Rehabilitationsleistung bzw. durch den Rehabilitationsträger danach erfolgen kann. In jedem Falle ist das entlassende Krankenhaus sowohl zum Entlassmanagement als auch zum Versorgungsmanagement verpflichtet. Es ist aber nicht zu verkennen, dass ein möglicher Bedarf an Leistungen zur Teilhabe auch vom Ergebnis der Anschlussrehabilitation abhängen kann.

¹² Vgl. BAR a. a. O., S.10

sende Bedarfsermittlung durchgeführt werden soll, und eine entsprechende Festlegung bei der ersten, ggf. auf die beantragte Leistung fokussierten Bedarfsermittlung. Dabei ist dann auch festzustellen, wer die aus einem ggf. festgestellten Bedarf folgende Teilhabeplanung durchzuführen hat. Dies würde z. B. für die Bedarfsermittlung in Bezug auf LTA oder Leistungen der Eingliederungshilfe während einer medizinischen Rehabilitationsleistung sprechen, ebenso z. B. für die Bedarfsermittlung an Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu Beginn einer Leistung der Eingliederungshilfe (etwa innerhalb der ersten drei Monate nach Heimaufnahme). Wenn eine sinnvolle umfassende Bedarfsermittlung aus der bisherigen Lebenssituation nicht gelingen kann, könnte diese Aufgabe innerhalb der zunächst für notwendig erachteten Rehabilitationsleistung übernommen werden. Dies gilt z. B. auch für Hilfsmittel, ggf. für technische Hilfen im Rahmen eines der Rehabilitationsleistung nachfolgenden Verfahrens zur betrieblichen Wiedereingliederung etc.

Dabei sollte nach Auffassung der DVfR die oder der Betroffene jederzeit die Möglichkeit haben, eine umfassende Bedarfsermittlung zu beantragen. Eine solche Bedarfsermittlung sollte in der Regel bei Widerspruchsverfahren und vor allem auch vor einem Klageverfahren stattfinden.

Über eine ggf. sequentielle Bedarfsermittlung sollte in der ersten Phase des Bedarfsermittlungsverfahrens im Einvernehmen entschieden werden.

5. Weitere Aspekte: Beauftragung von Sachverständigen, Erstellung von Gutachten, multi-/interdisziplinäre Bedarfsermittlung

Die Beauftragung externer Gutachter zur Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs ist in der Praxis relativ selten. Wird der Bedarfsermittlungsprozess wie beschrieben diskursiv durchgeführt, und werden durch Delegation von Elementen der Bedarfsermittlung systematisch behandelnde Ärztinnen oder Ärzte, Therapeutinnen oder Therapeuten, Sozialdienste oder Leistungserbringer aus dem Bereich der Eingliederungshilfe oder zur Teilhabe am Arbeitsleben einbezogen¹³, wird die Notwendigkeit externer Gutachten voraussichtlich weiter gering bleiben.

Dem Rehabilitationsträger bleibt es jederzeit überlassen, sich selbst an der Bedarfsermittlung zu beteiligen. Dies kann z. B. auch durch die sozialmedizinischen oder Sozialdienste der GKV, der RV, der BA oder der Versorgungsverwaltung bzw. der Integrationsämter sowie der Gesundheitsämter (vorwiegend im Bereich der Eingliederungshilfe eingebunden) oder durch andere Fachkräfte der Rehabilitationsträger erfolgen.

Aus Sicht der DVfR sind in diesem Zusammenhang zwei mögliche Funktionen streng zu unterscheiden:

- a) Die Dienste führen im Auftrag des Rehabilitationsträgers selbst eine Bedarfsermittlung durch. Sie sind dann in vollem Umfang an die Vorgaben der §§ 13 und 117 ff. SGB IX gebunden, sollten ein leitfadengestützte Bedarfsermittlungsgespräch führen und sämtliche Unterlagen berücksichtigen. Ihnen können auch Teile der Bedarfsermittlung übertragen werden, z. B. im Hinblick auf die zugrundeliegende Gesundheitsstörung, die Schädigungen auf der Struktur- und Funktionsebene und die möglichen Auswirkungen auf die Teilhabe. Die Ergebnisse sind dann in die Gesamtbedarfsermittlung einzubeziehen. Die Rechtsgrundlage ergibt aus der Verantwortung der Rehabilitationsträger für die Sicherstellung einer umfassenden und vollständigen Bedarfsermittlung. Diese Aufgabe kann nicht als ausdrücklicher Auftrag zur

¹³ Vgl. oben Kapitel 1

Erstellung eines Gutachtens im Sinne von § 17 Absatz 1 SGB IX verstanden werden, da hier ausdrücklich externe Sachverständige aufgeführt sind, bei denen die oder der Betroffene aus drei vorzuschlagenden Personen eine auswählen kann.

- b) Die Dienste führen im Auftrag des Rehabilitationsträgers eine Prüfung und Bewertung der vorgelegten Bedarfsermittlung durch und unterstützen den Träger bei der endgültigen Bedarfsfeststellung. Sie können ferner Hinweise zur Teilhabeplangestaltung geben, insbesondere im Hinblick auf weitere Bedarfe z. B. der Krankenbehandlung. Sie haben dabei zu prüfen, ob die Vorgaben des § 13 und ggf. der §§ 117 ff. SGB IX erfüllt sind. Resultat ist eine interne fachliche Beurteilung, die den Rehabilitationsträger in die Lage versetzt, eine sachgerechte Entscheidung zu treffen. Diese Aufgabe ergibt sich aus § 17 Absatz 2 Satz 4 SGB IX.

Die Erstellung von Beurteilungen nach a) und b) sind nicht Gutachten im Sinne von § 14 SGB IX sowie § 17 Absatz 1 und Absatz 2 Sätze 1 bis 3 SGB IX. Insofern können sie bei strenger rechtlicher Betrachtung für die Bemessung der Fristen nach § 14 Absatz 2 SGB IX nicht berücksichtigt werden.

Aus Sicht der DVfR führt die Erstellung von Beurteilungen nach a) allerdings aufgrund der kurzen Zeiten zu erheblichen Problemen. Solche sozialmedizinischen Beurteilungen, die hier einen wesentlichen Teil der Bedarfsermittlung ausmachen, sind nämlich in der Regel mit einem gewissen Aufwand verbunden. Für a) sollte deshalb in der Praxis § 14 Absatz 2 Satz 3 SGB IX gelten - allerdings mit der Maßgabe, dass die Erstellung einen Zeitraum von sechs Wochen nicht überschreitet.

Aus Sicht der DVfR bleibt ungeklärt, wann externe Sachverständige zu beauftragen sind. Auch stellt sich die Frage, wie die Multidisziplinarität bei der Bedarfsermittlung zu gewährleisten ist, vgl. dazu Artikel 26 der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen.

Mit diesen Fragestellungen wird sich die DVfR weiter beschäftigen und zu gegebener Zeit Hinweise vorlegen.

6. Zu Inhalten der Bedarfsermittlung: Bezeichnung der Schädigungen und Gesundheitsversorgung: Comorbidität und Gesundheitsvorsorge

Zu diesem Themenkomplex hat die DVfR eine eigene Stellungnahme verfasst, auf die wird hiermit verwiesen wird.

IV. Zusammenfassung

Die DVfR weist darauf hin, dass die Bedarfsermittlung stets auf der Grundlage des § 13 und ggf. der §§ 19 ff. und 117 ff. SGB IX vollständig und umfassend zu erfolgen hat. Sie hält es allerdings für vertretbar, dass die Bedarfsermittlung im Falle eines rasch zu entscheidenden Rehabilitationsantrags sequentiell, fokussiert und vorläufig erfolgen kann. Dafür ist sicherzustellen, dass der leistende Rehabilitationsträger die Verantwortung für die Bedarfsermittlung sowie Steuerung der Teilhabeplanung und -umsetzung im weiteren Verlauf, ggf. auch bis nach Abschluss der Rehabilitationsleistungen, vollumfänglich wahrnimmt. Die Bedarfsermittlung ist bis zur Bedarfsfeststellung fort- und anschließend entsprechend dieser Feststellung eine Teilhabe- bzw. Gesamtplanung durchzuführen.

Das Instrument zur Bedarfsermittlung (als Oberbegriff für Arbeitsmittel und Prozesse verwendet) hat insbesondere die konkrete Gestaltung des Prozesses zur Bedarfsermittlung in den Blick zu nehmen

und dabei ein leitfadengestütztes, barrierefreies Bedarfsermittlungsgespräch vorzusehen. Dies gilt auch, wenn die Bedarfsermittlung delegiert wird.

Die Delegation der Bedarfsermittlung durch den Rehabilitationsträger auf Expertinnen und Experten bzw. Dienste und Einrichtungen ist transparent und so zu gestalten, dass die Bedarfsermittlung vollständig und umfassend nach den Kriterien des § 13, §§ 19 ff. und ggf. der §§ 117 ff. SGB IX durchgeführt wird. Eine fortgesetzte Bedarfsfeststellung, Teilhabeplanung und Umsetzungssteuerung durch den leistenden Rehabilitationsträger kann dies aber nicht ersetzen.

Heidelberg, November 2018

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann
Vorsitzender der DVfR

Andreas Bethke
Leiter des DVfR-Ausschusses „Umsetzung des BTHG“

Diese Stellungnahme wurde im DVfR-Ausschuss „Umsetzung des BTHG“ erarbeitet.

Kontakt:

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)
Maaßstr. 26, 69123 Heidelberg, sekretariat@dvfr.de, Telefon: 06221 187 901-0

Über die DVfR

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) ist in Deutschland die einzige Vereinigung, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR, ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs für die Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung.



Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - rehapro“

Newsletter zum Ersten Förderaufruf 29. November 2018

1. Sachstand zum ersten Förderaufruf
2. Informationen zum weiteren Verfahren
3. Dritte Sitzung des Beirats rehapro
4. Programmevaluation
5. Zeitplan
6. Veranstaltungen



1. Sachstand zum ersten Förderaufruf

Die Resonanz auf den ersten Förderaufruf ist groß. Insgesamt sind 140 Projektskizzen bei der Fachstelle rehapro eingegangen, davon 104 aus dem SGB II-Bereich, 30 aus dem SGB VI-Bereich und 6 rechtskreisübergreifende Projektskizzen. Die Fachstelle rehapro hat bis zum 18. Oktober 2018 allen Antragstellern eine Rückmeldung zu ihrer Projektskizze übersandt. Ab Erhalt der Rückmeldung haben diese zwei Monate Zeit, einen Antrag einzureichen. Die Förderanträge werden demnach bis zum 18. Dezember 2018 eingehen. Erste Förderanträge liegen bereits vor.

Die in den Modellprojekten veranschlagten Mittel übersteigen die für den ersten Förderaufruf vorgesehenen Fördermittel deutlich, sodass nicht alle beantragten Projekte gefördert werden können. Daher wird eine Auswahl der zu fördernden Modellprojekte auf Basis qualitativer Kriterien erfolgen.

Im Bundesprogramm rehapro stehen neben den allgemeinen Kriterien der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit/Ressourceneinsatz insbesondere das Innovationspotenzial, die Möglichkeit der Verstetigung des Modellansatzes und der zusätzliche Erkenntnisgewinn im Fokus. Die Bewertung der zu fördernden Modellprojekte wird sich daher auf diese Kriterien konzentrieren.

2. Informationen zum weiteren Verfahren

Nach Eingang aller Förderanträge werden diese für den Rechtskreis SGB II von der Fachstelle rehapro und für den Rechtskreis SGB VI durch die DRV Bund, Grundsatz- und Querschnittsbereich, fachlich-inhaltlich geprüft. Wenn diese ihre Prüfungen mit Abgabe einer Empfehlung abgeschlossen haben, wird eine nach Rechtskreisen getrennte Gesamtempfehlung an den Beirat rehapro und das BMAS übermittelt.

Der Beirat rehapro bewertet die vorgelegten Modellprojekte ebenfalls und gibt eine eigenständige Empfehlung ab.

Das BMAS entscheidet unter Berücksichtigung der Gesamtempfehlung der Fachstelle rehapro und der Empfehlung des Beirats rehapro im Rahmen seines pflichtgemäßen Ermessens über die Förderung der beantragten Modellprojekte. Anschließend erlässt die Fachstelle rehapro die entsprechenden Zuwendungsbescheide und die Modellprojekte mit positivem Bescheid können beginnen. Die Modellprojekte, die im Rahmen des ersten Förderaufrufs nicht zur Förderung zugelassen werden, können sich in den weiteren Förderaufrufen erneut bewerben.

Nach heutiger Planung soll die Beiratssitzung zur Bewertung und Erstellung der Beiratsempfehlung im März 2019 stattfinden. Nach der Entscheidung des BMAS kann mit der sukzessiven Versendung der Zuwendungsbescheide gerechnet werden.

3. Dritte Sitzung des Beirats rehapro

Der Beirat rehapro unterstützt das BMAS und die verantwortlichen Akteure auf Bundesebene in Fragen der Entwicklung und Umsetzung der Modellprojekte. Im Beirat wirken die für das Bundesprogramm wesentlichen Akteure mit. Er hat 20 stimmberechtigte Mitglieder.

Seine Aufgaben sind:

- Begleitung der Entwicklungsphase sowie Erarbeitung des Förderrahmens,
- Förderempfehlungen gegenüber dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu Modellprojekten und
- Begleitung und Bewertung der Programmevaluation sowie Empfehlungen zum Umgang mit den Ergebnissen.

Die konstituierende Sitzung des Beirates fand am 20. September 2017 statt.

In der zweiten Beiratssitzung im Dezember 2017 wurden die Eckpunkte der Förderung vorgestellt und finalisiert. Auf Basis der Eckpunkte wurde die Förderrichtlinie erstellt. Im April 2018 konnten die Beiratsmitglieder im Rahmen einer schriftlichen Anhörung ihre Stellungnahmen zum Entwurf der Förderrichtlinie abgeben.

Die dritte Sitzung des Beirats rehapro fand nunmehr am 5. November 2018 im Steinsaal des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales statt. Die Mitglieder des Beirats stimmten insbesondere über das Verfahren zur Ausgestaltung der Beiratsempfehlung zu den Modellprojekten ab. Darüber hinaus wurden die Beiratsmitglieder über den Sachstand bei der Programmevaluation informiert.

Die vierte Sitzung des Beirats zur Erstellung der Empfehlung zu den Modellprojekten ist für März 2019 geplant.

4. Programmevaluation

Die Programmevaluation soll das Bundesprogramm rehapro in einer Gesamtschau der Ergebnisse und Wirkungen aller Modellprojekte kritisch würdigen. Zudem soll sie Erkenntnisse zur bundesweiten Übertragbarkeit und möglichen Verstetigung der Modellansätze liefern.

Im Rahmen eines Verhandlungsverfahrens mit öffentlichem Teilnahmewettbewerb sind fünf Teilnahmeanträge eingegangen. Aus diesen Anträgen heraus wurden drei Bewerber aufgefordert, ein Angebot abzugeben. Die Angebote wurden bis 5. November 2018 fristgerecht eingereicht. Ende November 2018 erfolgen die Angebotspräsentationen und die anschließenden Verhandlungen mit den Bietern.

5. Zeitplan

- bis 18. Dezember 2018 Eingang der Förderanträge
- Dezember - Februar 2019 inhaltliche Prüfung und Bewertung der Förderanträge, Erstellung der Gesamtempfehlung der Fachstelle rehapro und der DRV Bund
- März 2019 Sitzung des Beirats rehapro zur Bewertung der Modellprojekte und Empfehlung des Beirats
- April 2019 Entscheidung des BMAS über die Förderung der Modellprojekte
- ab April 2019 sukzessive Versendung der Zuwendungsbescheide
- Sommer 2019 Zweiter Förderaufruf

6. Veranstaltungen

Die Fachstelle rehapro wird vom 15. bis 17. April 2019 mit einem Stand auf dem 28. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium 2019 in Berlin vertreten sein und zum Bundesprogramm rehapro informieren.

Weitere Informationen finden Sie unter:

➔ <https://www.modellvorhaben-rehapro.de>

Bei Fragen und Anregungen zur Umsetzung des Bundesprogramms rehapro wenden Sie sich bitte an:

Fachstelle rehapro

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Wasserstr. 217 - Verwaltungsgebäude Trimonte 4/5

44799 Bochum

Tel. 0234 304-83288 (Mo - Do 8:00 - 16:00 Uhr, Fr 8:00 - 14:00 Uhr)

Fax 0234 304-83299

E-Mail fachstelle-rehapro@kbs.de