



Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung des SGB IX¹

Inhalt

A. Vorbemerkung	2
I. Entstehungshintergrund und Ziele des SGB IX	2
II. Weiterentwicklungsbedarf	3
B. Änderungsempfehlungen	5
I. Behinderungsbegriff	6
II. Begriff der Teilhabe konkretisieren	7
III. Beratung durch Servicestellen.....	8
IV. Zuständigkeitsklärung (§ 14 SGB IX)	9
V. Trägerübergreifende Planung und Koordinierung	10
VI. Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten	12
VII. Gemeinsame Empfehlungen der Rehabilitationsträger (§ 13 SGB IX)	14
VIII. Komplexeleistung Frühförderung.....	15
X. Berufliche Rehabilitation.....	17
XI. Pflegeversicherung und Rehabilitation	18
XII. Harmonisierung des Leistungserbringungsrechts und Infrastrukturverantwortung der Rehabilitationsträger	19
C. Ausblick	20

¹ Verantwortlicher Referent im Deutschen Verein: Daniel Heinisch. Die Empfehlungen wurden in der Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung SGB IX“ erarbeitet und nach Beratungen im Fachausschuss „Rehabilitation und Teilhabe“ am 20. März 2013 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.

A. Vorbemerkung

I. Entstehungshintergrund und Ziele des SGB IX

Ein Bedürfnis, die Vielfalt des Rehabilitationsrechts zu koordinieren und zu vereinheitlichen, besteht schon seit langer Zeit. Auf der Ebene der praktischen Umsetzung und Anwendung erfolgte dazu die Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 1969. Normativ wurde ein erster Schritt mit der Schaffung des RehaAnglG² von 1975 unternommen. Die Einbindung der Träger der Sozialhilfe und der Träger der Kinder- und Jugendhilfe erfolgte mit der Einführung des SGB IX, soweit sie Rehabilitationsleistungen übernehmen.

Mit dem SGB IX sollte der Wandel von der Fürsorge hin zur selbstbestimmten Teilhabe vollzogen und bestehende Hindernisse zur Schaffung von Chancengleichheit beseitigt werden.³ Dieses Ziel hat Eingang in § 1 Satz 1 SGB IX gefunden und beruht auf den internationalen Diskussionen für einen neuen Behinderungsbegriff. Die in der (englischen) Originalfassung im Mai 2001 verabschiedete International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) stellt die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an der Gesellschaft in den Mittelpunkt.

Als wichtiger, weil oftmals dauerhafter Leistungsträger für Menschen mit Behinderungen im bestehenden System wurde daher auch der Sozialhilfeträger als Rehabilitationsträger in das SGB IX einbezogen, ohne dadurch den Nachrang der Sozialhilfe in Frage zu stellen.

Zusätzlich zur Zusammenfassung und Vereinheitlichung von Normen sollte durch das SGB IX das Verfahren gestrafft und durch eine bessere Koordination eine einheitliche Praxis geschaffen werden. Des Weiteren sollte die Effizienz erhöht werden durch die Schaffung der gemeinsamen Servicestellen. Das SGB IX gilt als allgemeiner Teil für alle Rehabilitationsträger hinsichtlich gemeinsamer Leistungsinhalte (Art, Gegenstand,

² BGBl. I 1974 S. 1881; das RehaAnglG trat zum 1. Juli 2001 außer Kraft.

³ Gemeinsame (einstimmige) Beschlussempfehlung des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung vom 11. März 2001, BT-Drucks.14/2913, S. 3. Darauf aufbauend auch der Gesetzentwurf der Bundesregierung, BR-Drucks. 49/01, S. 276.

Umfang, Qualität) und vor allem eines gemeinsamen Verfahrens. Die einzelnen Leistungsgesetze blieben daneben jedoch mit ihren jeweiligen Besonderheiten und Voraussetzungen bestehen (vgl. § 7 SGB IX).

Neben der Verbesserung der Kooperation und Koordination sollten die Nachteile des gegliederten Systems für die leistungsberechtigten Menschen außerdem durch die Einführung von trägerübergreifenden Komplexleistungen (z.B. Frühförderung, Persönliches Budget) überwunden werden.

II. Weiterentwicklungsbedarf

Bislang sind weder die Wirksamkeit der Leistungen zur Teilhabe noch die Implementation der Regelungen zum SGB IX zu Verwaltungsverfahren, zur Organisation, zu Kooperation und Koordination der Rehabilitationsträger und zur Konvergenz der Leistungen systematisch evaluiert worden. Der Deutsche Verein begrüßt die Absicht der Bundesregierung nach dem Nationalen Aktionsplan⁴, eine solche Evaluation vorzubereiten, und wird sich an den damit verbundenen Diskussionen beteiligen. Die bisherigen Erfahrungen deuten darauf hin, dass die mit dem SGB IX formulierten Ziele bislang in der Praxis zum Teil noch nicht erreicht worden sind. Als Ursachen dafür werden insbesondere sowohl die weitgehend unangetastet starke Stellung der Leistungsgesetze mit deren jeweiligen, oftmals nicht hinreichend mit dem SGB IX abgestimmten Anforderungen,⁵ nicht ausreichend präzierte Begrifflichkeiten (z.B. der Begriff der Teilhabe), als auch die komplexe Struktur des Allgemeinen Teils des SGB IX als koordinierendes Gesetz mit umfangreichen untergesetzlichen Strukturen (z.B. gemeinsame Empfehlungen der Rehabilitationsträger in § 13 SGB IX) diskutiert. Schließlich können sich die verfahrensrechtlichen und materiell-rechtlichen Schwierigkeiten negativ auf die Situation der auf Leistungen angewiesenen Menschen

⁴ Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention „Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft“, S. 144.

⁵ So wird z.B. in § 26 Abs. 3 Nr. 6 SGB IX das „Training lebenspraktischer Fähigkeiten“ ausdrücklich als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation genannt. Die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenversicherungen ist angesichts der zusätzlichen Voraussetzungen nach §§ 40 ff. SGB V in der Praxis allerdings oftmals mit Schwierigkeiten verbunden.

auswirken. Individueller Rechtsschutz bietet dagegen aufgrund der zeitlichen Dauer⁶ oftmals kein ausreichend wirksames Mittel, die teilhaberechtlichen Ansprüche der Betroffenen durchzusetzen (z.B. Frühförderung).

Im Bereich der Frühförderung konnten sich die Rehabilitationsträger entgegen § 30 Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 1 SGB IX nicht auf eine gemeinsame Empfehlung einigen, sodass die Frühförderungsverordnung (FrühV) auf der Grundlage von § 32 Nr. 1 SGB IX erlassen wurde. Darin fehlt es jedoch wiederum an inhaltlichen Vorgaben zur Leistungserbringung zu der Aufteilung der Kosten, weshalb die Finanzierung oft nur getrennt erfolgt⁷ und die Angebote der Frühförderung regional sehr unterschiedlich ausfallen.

Auch im Bereich der Bedarfserhebung, mit der sich der Deutsche Verein bereits grundlegend auseinandergesetzt hat,⁸ macht das SGB IX Vorgaben (§§ 10 ff.), deren Wirkung in der Praxis allerdings gering ist.

Ähnliches gilt für die Servicestellen, deren Inanspruchnahme regional unterschiedlich, aber insgesamt eher gering ist und die ganz überwiegend in der Trägerschaft der gesetzlichen Krankenversicherung existieren, während sich die Sozialhilfeträger zwar oft in unterschiedlicher Form beteiligen, jedoch organisatorisch nur in wenigen Fällen verantwortlich sind. Lediglich in rund 13.000 Fällen – in Deutschland leben derzeit etwa 7,3 Mio. anerkannt schwerbehinderte Menschen⁹ – wurde die Servicestelle angegangen.

Vor dem Hintergrund der vom Deutschen Verein unterstützten Ziele des SGB IX gibt die aktuelle Situation Anlass zu einer Überprüfung und gezielter Weiterentwicklung der

⁶ Es erscheint zumindest widersprüchlich, wenn nach § 14 Abs. 2 SGB IX innerhalb von grundsätzlich drei bis fünf Wochen über den Rehabilitationsbedarf zu entscheiden ist, eine auf Entscheidung gerichtete Untätigkeitsklage wegen Missachtung des § 14 Abs. 2 SGB IX aber erst nach sechs Monaten erhoben werden darf (vgl. § 88 SGG).

⁷ Abschlussbericht des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: Strukturelle und finanzielle Hindernisse bei der Umsetzung der interdisziplinären Frühförderung, März 2012, S. 33 ff. Eine Unterversorgung wurde in der Studie der ISG jedoch nicht festgestellt.

⁸ Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen vom 17. Juni 2009, NDV 2009, 253 ff.

⁹ Inanspruchnahme der Servicestelle: BAR: Dritter Bericht über die Gemeinsamen Servicestellen nach § 24 Abs. 2 SGB IX vom 16. Februar 2011 für den Zeitraum 1. Juli 2007 bis 30. Juni 2010, S. 15; Zahl der anerkannt schwerbehinderten Menschen zum 31. Dezember 2011: Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung vom 18. September 2012 – 324/12.

Instrumente. Dies gilt umso mehr unter Berücksichtigung der Anforderungen der BRK¹⁰, die seit März 2009 in Deutschland gilt und die die Rechtsordnung als Ganzes durchdringt (Art. 4 Abs. 1 BRK). Auch bei einer Weiterentwicklung des SGB IX ist, wie in anderen Planungs- und Entscheidungsprozessen, die Menschen mit Behinderung betreffen, die aktive Einbeziehung der Menschen mit Behinderung (Art. 4 Abs. 3 BRK) bei Ausarbeitung und Umsetzung zu beachten.

Der Deutsche Verein begrüßt darüber hinaus die Reformbemühungen auf der Basis der Vereinbarung des Bundes und der Länder vom 24. Juni 2012 um ein allgemeines Leistungsgesetz für Menschen mit Behinderungen. Dabei wurde vereinbart, dass „Bund und Länder unter Einbeziehung der Bund-Länder-Finanzbeziehungen ein neues Bundesleistungsgesetz in der nächsten Legislaturperiode erarbeiten und In-Kraft setzen (werden), das die rechtlichen Vorschriften zur Eingliederungshilfe in der bisherigen Form ablöst.“ Im Rahmen der Umsetzung der Vereinbarung fordert der Deutsche Verein dazu auf, einen Nachteilsausgleich mittels eines Bundesteilhabegeldes auf Grundlage seiner Empfehlungen von 2004¹¹ einzuführen.

Die folgenden Empfehlungen, die sich vornehmlich auf den ersten Teil des SGB IX konzentrieren, richten sich in erster Linie an die Gesetzgebung sowie an die Träger von Leistungen für Menschen mit Behinderungen.

B. Änderungsempfehlungen

Der Deutsche Verein anerkennt die besonderen, historisch gewachsenen Strukturen des gegliederten Sozialsystems in Deutschland, welches eine erhebliche Spezialisierung ermöglicht, die wiederum ermöglicht, den höchst unterschiedlichen individuellen Behinderungen Rechnung zu tragen. Andererseits aber kann diese Spezialisierung für Menschen mit (drohenden) Behinderungen aufgrund unklarer Zuständigkeitsabgrenzungen und nach wie vor oftmals unzureichender Koordination und Kooperation der Leistungsträger Schwierigkeiten bei der Leistungsanspruchnahme mit

¹⁰ UN-Behindertenrechtskonvention (BRK), BGBl. II 2008 S. 1419.

¹¹ Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Einführung eines bundesfinanzierten Teilhabegeldes – Bundesteilhabegeld –, NDV 2005, 2.

sich bringen. Diese Schwierigkeiten haben sich auch nach Inkrafttreten des SGB IX nicht wesentlich verbessert.

I. Behinderungsbegriff

Der Behinderungsbegriff des SGB IX ist ebenso wie der Behinderungsbegriff der BRK aus Art. 1 und Präambel Buchstabe e) BRK maßgeblich von der ICF beeinflusst. Allerdings unterscheiden beide sich auch in einigen Punkten. Nach der Zielrichtung wendet sich die BRK gemäß Art. 4 BRK hauptsächlich an die Vertragsstaaten, wohingegen § 2 SGB IX über die Bezugnahme der Leistungsgesetze (so z.B. § 53 SGB XII) die Voraussetzung eines Leistungsanspruchs mitbestimmt.

Auch nach dem Inhalt bestehen Unterschiede. Nach Art. 1 BRK und der Präambel Buchstabe e) BRK ist Behinderung zu verstehen als das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen beeinträchtigten Menschen und Barrieren, die sie an der Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Der dynamische, teilhabe- und nicht defizitorientierte Behinderungsbegriff der BRK macht somit besonders deutlich, dass nicht jede Beeinträchtigung i.S.d. BRK („langfristige, körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigung“) automatisch zu einer Behinderung führen muss, sondern dies erst durch die Wechselwirkung mit vorhandenen Barrieren geschieht.

§ 2 SGB IX knüpft an eine Abweichung von einem für das Lebensalter typischen Zustand („Normalitätsorientierung“) und der dadurch kausal bedingten Beeinträchtigung der Teilhabe an. Der Behinderungsbegriff rekurriert somit originär nicht auf Barrieren und ihre Bedeutung für die Entstehung von Behinderung. Allerdings kann eine Einschränkung der Teilhabe nur durch die Berücksichtigung von umwelt- und personenbedingten Kontextfaktoren und Barrieren erfasst werden. Diese sind daher auch im Rahmen der Bedarfsfeststellung und der Förderung der individuellen Ressourcen zu beachten.

Der Deutsche Verein empfiehlt daher, § 2 SGB IX mit Blick auf die BRK weiterzuentwickeln. Wichtig ist dabei, die Bedeutung der Kontextfaktoren mit Blick

auf das Ziel der gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe und Orientierung auf die Förderung der individuellen Ressourcen einzubeziehen.

II. Begriff der Teilhabe konkretisieren

Dem Behinderungsbegriff des SGB IX unmittelbar nachgelagert ist der zentrale Begriff der Teilhabe. Dieser wird als Ziel im SGB IX (§ 1 SGB IX: „am Leben in der Gesellschaft“) und in der BRK benannt (Art. 1 BRK) und in §§ 2, 4 SGB IX und den Leistungskapiteln 4 bis 7 des SGB IX konkretisiert. Dennoch fehlt es an einer näheren Beschreibung. Gerade um jedoch das Ziel einer umfassenden Teilhabe im Sinne von BRK und SGB IX zu erreichen bzw. die Orientierung darauf zu schärfen, wäre eine **stärkere Konturierung des Begriffs der Teilhabe** im rehabilitativen bzw. leistungsrechtlichen Sinne einerseits und andererseits im gesellschaftlichen Sinne hilfreich. Dabei sind die Gedanken des Nachteilsausgleichs sowie des Normalisierungsprinzips und die ICF im Sinne der Förderung individueller Ressourcen und des Abbaus von Barrieren zu berücksichtigen. Davon zu unterscheiden ist die darüber hinausgehende Infrastrukturverantwortung, die perspektivisch an Bedeutung gewinnen wird vor dem Hintergrund der Gestaltung der Sozialräume, orientiert am Ziel der Inklusion. Zu berücksichtigen ist dabei auch, dass Teilhabe nicht mit Barrierefreiheit gleichzusetzen (§ 4 BGG), sondern Barrierefreiheit ein Schritt zur Teilhabe ist.¹² Eine solche Konkretisierung bzw. begriffliche Annäherung sollte mittels interdisziplinärer **Teilhabeforschung** evaluiert und ggf. weiterentwickelt werden.

Alle relevanten (unter-)gesetzlichen Vorschriften sollten vor dem Hintergrund der ICF und der BRK überarbeitet werden.

Wichtig ist zudem, dass dem Vorrang der Prävention (§ 3 SGB IX) in der Praxis der Rehabilitationsträger ein stärkeres Gewicht zukommt.

¹² Weitere Handlungsstrategien zum Auf- und Ausbau eines inklusiven Sozialraums: Eckpunkte des Deutschen Vereins für einen inklusiven Sozialraum, NDV 2012, 15.

III. Beratung durch Servicestellen

Eine wichtige Funktion, den Zugang zur Leistung und deren Wirksamkeit zu erreichen, wird durch eine umfassende und qualifizierte Beratung erfüllt. Die den Rehabilitationsträgern zugeordneten **Servicestellen** nach §§ 22 ff. SGB IX sollten daher den allgemeinen Beratungsanspruch der §§ 14, 15 SGB I konkretisieren und einheitliche Leistungen aller Rehabilitationsträger koordinieren. Dahinter steht der Gedanke, dass die **Beratung** und die **Lotsenfunktion** für die Realisierbarkeit koordinierter Leistungen und damit auch für das Konzept des SGB IX ein wichtiger Bestandteil ist (vgl. §§ 4, 10–12 SGB IX). Zudem wird die Zusammenarbeit der Träger auch von § 86 SGB X gefordert. Gleichzeitig sind die Servicestellen aber nur einem Rehabilitationsträger als Organisationsträger zugeordnet.¹³ Servicestellen basieren somit auf einer nur schwer praktikablen Konstruktion: Einerseits sollen sie umfassend trägerübergreifend und möglichst unabhängig beratungsfähig sein, zum andern können sie nur einem Rehabilitationsträger zugeordnet werden, der einem (speziellen) Bereich des Sozialrechts zugehörig ist.¹⁴ Da die Servicestellen nach § 23 Abs. 1 Satz 1 SGB IX wie auch z.B. die Pflegestützpunkte gemäß § 92c Abs. 2 Satz 2 SGB XI auf vorhandenen Strukturen aufbauen sollen,¹⁵ können sie im Gesamtangebot der vor Ort vorhandenen Beratungen eine wichtige Funktion erfüllen.

Aufgrund der bereits oben beschriebenen geringen praktischen Wirkung und strukturellen Mängel der Servicestellen besteht aus Sicht des Deutschen Vereins ein **grundlegender Überprüfungsbedarf**. Dabei ist auch das **Verhältnis zu den Pflegestützpunkten** zu evaluieren und zu klären und in einer Weise zu gestalten, die **Doppelstrukturen vermeidet** und die mit dem SGB IX verfolgten Ziele in die Praxis umsetzt. Pflegestützpunkte sollten darüber hinaus im System des SGB IX stärkere Berücksichtigung finden wie z. B. durch die Anerkennung der Pflegestützpunkte als sonstige Beratungsstellen gemäß § 61 Abs. 1 Satz 2 SGB IX, die der Deutsche Verein schon früher¹⁶ forderte.

¹³ Vgl. ständige Rechtsprechung zu Grenzen der organisatorischen Ausgestaltung des Gestaltungsspielraums des Bundes: BVerfG, Beschluss vom 12. Januar 1983 – 2 BvL 23/81, BVerfGE 63, 1 (Schornsteinfegergesetz); Urteil vom 20. Dezember 2007 – 2 BvR 2433/04, 2 BvR 2434/04 (ARGE), www.bverfg.de; so auch die Gesetzesbegründung BR-Drucks. 49/01, S. 312 ff.

¹⁴ Ausführlich zu den Defiziten: Forschungsbericht im Auftrag des BMAS: Prozesskettenanalyse im Bereich „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ und „Gemeinsame Servicestellen“, Oktober 2011.

¹⁵ BR-Drucks. 49/01, S. 314.

¹⁶ Diskussionspapier des Deutschen Vereins zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen der Eingliederungshilfe und der (Hilfe zur) Pflege unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Reform der Eingliederungshilfe vom 21. September 2010, NDV 2010, 527.

Zur Verbesserung beitragen könnte kurzfristig, wenn der Auftrag der Beratungsstelle, z.B. die Entgegennahme von Anträgen (§ 22 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX), stärker ins Bewusstsein gerückt wird. Im Übrigen ist ein **gewisses Maß an bundeseinheitlichen Vorgaben** erforderlich, um zugunsten der beratungsbedürftigen Menschen unter Berücksichtigung der landesspezifischen Besonderheiten dennoch einen bundesweit vergleichbaren Beratungsstandard zu gewährleisten. Dazu könnten auch klare bundesgesetzliche Vorgaben mit Öffnungsklauseln zugunsten einer länderspezifischen Regelung beitragen.

Aus Sicht des Deutschen Vereins ist letztlich das Konzept einer wohnortnahen integrierten Sozialberatung in kommunaler Steuerung¹⁷ die Basis für den Zugang zu spezialisierten Angeboten der weiterführenden Beratung in der Region, zu denen auch die Servicestellen gehören können.

Insgesamt ist nach Überzeugung des Deutschen Vereins entscheidend das Bewusstsein, dass **keine Beratung unabhängig** erfolgen kann. Der jeweilige Hintergrund der Beratung ist daher bei jeder Beratung **transparent** zu machen. Daneben ist eine stärkere **Vernetzung der vorhandenen Beratungsstellen** untereinander von großer Bedeutung.

IV. Zuständigkeitsklärung (§ 14 SGB IX)

Die Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX ist eine aus Sicht der Menschen mit Behinderungen bedeutsame Norm zur Überwindung der Nachteile des gegliederten Systems und ist von der Rechtsprechung mehrfach in ihrer Bedeutung hervorgehoben worden. Ziel war es, durch eine zügige Bestimmung des Rehabilitationsträgers eine beschleunigte Leistungserbringung ohne sachwidrige Lastenverschiebung zu erreichen.¹⁸ Damit geht die Norm noch einen entscheidenden Schritt über den ohnehin bestehenden Weiterleitungsanspruch aus § 16 Abs. 2 Satz 1 SGB I hinaus. Zuvor existierte im § 31 Abs. 5 SchwbG¹⁹ eine Vorleistungspflicht der Hauptfürsorgestelle.

¹⁷ Vgl. auch Eckpunkte des Deutschen Vereins für einen inklusiven Sozialraum, NDV 2012, 15.

¹⁸ BT-Drucks. 14/5074, S. 102.

¹⁹ Das SchwbG von 1986 wurde durch Art. 63 SGB IX mit Wirkung zum 1. Juli 2001 aufgehoben.

Allerdings sind in der Praxis z.T. **unerwünschte Effekte** durch übereilte Weiterleitungen zur Vermeidung der Zuständigkeitsfolge zu beobachten sowie Fehlentscheidungen durch die Vorgabe, als zweitangegangener Träger fremdes Recht anwenden zu müssen. Dem sollte nach Ansicht des Deutschen Vereins auf der Ebene der Kostenerstattung entgegengewirkt werden, indem neben den zu erstattenden Aufwendungen (§ 14 Abs. 4 SGB IX) ähnlich der Regelung des § 264 Abs. 1 SGB V auch Aufwendungen für die (zusätzlich) entstandenen Verwaltungskosten geltend gemacht werden können. Eine Korrektur auf der Kostenebene hat den Vorteil, dass dadurch die für die Menschen mit Behinderungen bedeutsamen Ziele des § 14 SGB IX nicht in Frage gestellt würden.

Der Deutsche Verein empfiehlt, dass bei fehlerhafter Weiterleitung im Rahmen der Kostenerstattung auch die Aufwendungen für Verwaltungskosten verlangt werden können.

Daneben ist auch bei Feststellung des Rehabilitationsbedarfes mittels eines Gutachtens (§ 14 Abs. 5 SGB IX) eine zügige Entscheidung geboten. Daher sollten die Regelungen um eine Gesamtentscheidungsfrist ergänzt werden.

Schließlich ist die gesetzliche Klärung von allen Schnittstellen dringend erforderlich, z.B. bei Hilfsmittelleistungen auf der Basis des SGB V bzw. des SGB XII, bei Leistungen der Eingliederungshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe²⁰ sowie die Schnittstelle zu einschlägigen landesrechtlichen Regelungen, insbesondere dem Schulrecht.

V. Trägerübergreifende Planung und Koordinierung

Zentrales Ziel des SGB IX ist die Koordination der Rehabilitationsträger mit dem Ergebnis der Leistung aus einer Hand.²¹ Nach § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX ist bei Verschiedenheit der Träger oder der Leistungsgruppen der nach § 14 SGB IX leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass die beteiligten Rehabilitationsträger im

²⁰ Diskussionspapier des Deutschen Vereins zur Gestaltung der Schnittstelle bei Hilfen nach dem SGB VIII und dem SGB XII für junge Menschen mit Behinderung, NDV 2010, 467, 471.

²¹ BT-Drucks.14/5074, S. 101.

Benehmen miteinander die nach dem individuellen Bedarf erforderlichen Leistungen feststellen. Allerdings hat diese Vorschrift in der Praxis kaum Beachtung gefunden.

Planung ist bislang in den einzelnen Leistungsgesetzen²² verschiedentlich vorgesehen, ohne dass dies in jedem angezeigten Fall zu einer Kooperation verschiedener Leistungsträger führte. Mangelnde Abstimmung und Koordinierung der Träger, insbesondere bei Menschen mit **komplexem Bedarf** an Leistungen verschiedener Träger kann jedoch zu **nicht hinreichend zielgerichteten Leistungen** führen. Außerdem ist zu beachten, dass aufgrund der individuellen Voraussetzungen eines jeden Menschen mit Behinderungen sowie der individuell variierenden Bedarfe an Teilhabe nicht erst die Hilfeplanung, sondern schon die Bedarfsermittlung Züge einer **Vereinbarung** trägt und eine Kooperation im dialogischen Verfahren anhand der ICF zwischen behördlichen Planer/innen und dem betreffenden Menschen als Mittelpunkt des Verfahrens verlangt.

Der Deutsche Verein empfiehlt daher, aufbauend auf seinen Empfehlungen²³ zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe, eine durch einen federführenden Leistungsträger anhand der Figur des Beauftragten²⁴ (vgl. §§ 88 ff. SGB X, 17 Abs. 2 SGB IX) durchzuführende umfassende, trägerübergreifende Bedarfsermittlung, -feststellung und Hilfeplanung. Davon sollte nur abgewichen werden, sofern der Fall dies erforderlich macht und der Berechtigte mit einem vereinfachten Verfahren einverstanden ist. Dies sollte für alle Rehabilitationsträger unter entsprechender Anpassung der Leistungsgesetze im SGB IX verpflichtend verankert werden.²⁵

Sofern die Einigung auf einen Leistungsträger nicht zustande kommt, kommen als federführend zuständige Leistungsträger sowohl die Träger der Eingliederungshilfe

²² So finden sich folgende Planungsnormen: Eingliederungsvereinbarung (§ 15 SGB II, § 35 Abs. 4 SGB III), Hilfeplan (§ 36 SGB VIII), Versorgungsplan (§ 7a Sätze 2–5 SGB XI), Gesamtplan (§ 58 SGB XII), Zielvereinbarung (§ 4 BudgetV). Die Gemeinsamen Empfehlungen der BAR benennen die Planung des § 10 SGB IX Teilhabeplan (dort § 4); § 5 Abs. 3 RehaAnglG (1975) sprach von einem Plan zur Rehabilitation. Siehe auch: Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, NDV 2009, 253.

²³ Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, NDV 2009, 253.

²⁴ Siehe auch das Modell des trägerübergreifenden persönlichen Budgets sowie den Vorschlag im Grundlagenpapier zu den Überlegungen der Bund-Länder Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ der ASMK vom 23. August 2012.

²⁵ Vgl. den Gesetzesentwurf der FbJJ zu einem neuen § 14 Abs. 5a SGB IX, S. 9, BAR-Empfehlungen „Teilhabeplan“.

generell – soweit sie überhaupt betroffen sind – als auch der jeweils nach § 14 SGB IX zuständige Träger in Betracht. Eine Verankerung bei Letzterem entspräche der bisherigen Systematik des SGB IX, da die Koordinierungsverantwortung des § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX bei eben diesem Träger liegt. Für die Ansiedlung beim Träger der Eingliederungshilfe spräche, dass rehabilitative Leistungen nicht zuletzt aufgrund des offenen Leistungskatalogs der Eingliederungshilfe oft eine Beteiligung des Sozialhilfeträgers nach sich ziehen.

Der Deutsche Verein empfiehlt, die Durchsetzung der trägerübergreifenden Bedarfsermittlung und Hilfeplanung dadurch zu stärken, dass ein individueller Anspruch auf ein Hilfeplanverfahren unter Beteiligung aller Leistungsträger (Hilfeplankonferenz) ausdrücklich normiert wird, sofern nicht der Sachverhalt eine einfache Entscheidung nahe legt.

Bei mangelhafter Beteiligung eines Leistungsträgers besteht somit die Möglichkeit, dass der federführende Träger für den anderen leisten und von ihm Erstattung verlangen kann (vgl. §§ 102 ff. SGB X). Zusätzlich sollten auch – wie bereits oben zu § 14 SGB IX gefordert – die Aufwendungen für Verwaltungskosten verlangt werden können.

Schließlich sollte die **Verpflichtung zur Bildung regionaler Arbeitsgemeinschaften** nach § 12 Abs. 2 SGB IX gestärkt werden, indem die Soll-Vorschrift zu einer Muss-Vorschrift wird. Zugleich könnten weitere Konkretisierungen/Mindestvorgaben, z.B. mit Blick auf bestimmte Themen (Frühförderung, trägerübergreifendes Persönliches Budget, Teilhabe am Arbeitsleben usw.) sowie zum Turnus regelmäßiger Treffen u.ä., aufgenommen werden, um die Zusammenarbeit in der Praxis tatsächlich zu gewährleisten bzw. zu verbessern.

VI. Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten

Das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten nach § 9 SGB IX ist Ausprägung der Ziele des SGB IX (§§ 1, 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX) und konkretisiert die Leistungen der Teilhabe. **Berechtigte Wünsche** der Leistungsberechtigten, insbesondere die in § 9 Abs. 1 Satz 3 SGB IX genannten, werden damit als Ausprägung der Grundrechte und

unter Bezugnahme auf das sonstige geltende Recht einschließlich der BRK besonders hervorgehoben. Zusätzlich dazu ist das Wunsch- und Wahlrecht auch kennzeichnend für die BRK, die in der Präambel (Buchstabe n) die individuelle Autonomie einschließlich der eigenen Entscheidungsfreiheit (so auch Art. 3 Buchstabe a BRK) als allgemeinen Grundsatz festhält. Auch das Persönliche Budget des § 17 Abs. 2 SGB IX ist letztlich Ausprägung des Wunsch- und Wahlrechts.

Den Rahmen, innerhalb dessen das Wunsch- und Wahlrecht nach Feststellung des Bedarfs zur Anwendung kommen kann, bestimmen wesentlich die Leistungsgesetze. Zu prüfen ist, welche Vorgaben zumindest ein gewisses Spannungsverhältnis zur BRK verursachen können. Für die Sozialhilfe ist hier insbesondere § 13 Abs. 1 SGB XII zu nennen, dessen Unterteilung in Leistungsformen bei der vom Deutschen Verein geforderten Aufhebung der Trennung der Leistungsformen neu zu gestalten ist.²⁶

Soweit kein oder allenfalls ein einziges bedarfsdeckendes Angebot vorhanden ist, kommt es praktisch überhaupt gar nicht zur Möglichkeit der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts, was insbesondere in dünner besiedelten Gebieten der Fall ist. Insofern steht das Postulat des Wunsch- und Wahlrechts in einem gewissen Spannungsverhältnis zu den tatsächlichen Gegebenheiten insbesondere im ländlichen Raum.

Ob mehrere Angebote gleichermaßen zur Deckung des Bedarfs geeignet sind, hängt wiederum von der vollständigen Bedarfserhebung vor dem Hintergrund des geltenden Rechts einschließlich der Ziele des SGB IX und der BRK ab. Umstritten ist in der Praxis zudem das Verhältnis von § 9 SGB IX zum Wirtschaftlichkeitsgebot der jeweiligen Rehabilitationsträger. Letztlich kommt eine Einschränkung der Auswahlmöglichkeiten durch das Wirtschaftlichkeitsgebot nur bei mehreren gleichermaßen bedarfsdeckenden und zugleich den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprechenden Angeboten zum Tragen.²⁷ Das Wunsch- und Wahlrecht darf somit nicht durch bloßen

²⁶ Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen der Eingliederungshilfe vom 13. Juni 2007, NDV 2007, 245; Diskussionspapier des Deutschen Vereins zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und der (Hilfe zur) Pflege unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Reform der Eingliederungshilfe vom 21. September 2010, NDV 2010, 527.

²⁷ Bei der Versorgung mit Inkontinenzhilfen ist z.B. zu beobachten, dass die Ausschreibung nach § 127 Abs. 1 Satz 1 SGB V dazu genutzt wird, möglichst günstige Leistungserbringer als Vertragspartner zu gewinnen, deren Produkte jedoch häufig schlechtere Qualität aufweisen, als die Produkte der bisherigen Vertragspartner. Jedoch ist für eine Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechts eine gleiche Eignung,

Verweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot der Leistungserbringung ausgehebelt werden. Hat ein Rehabilitationsträger einen Vertrag mit einer Einrichtung bzw. einem Dienst (der medizinischen Rehabilitation) abgeschlossen, muss diese Einrichtung auch von allen Versicherten – unabhängig davon, welcher Reha-Träger für die Leistung zuständig ist – gewählt werden können.

Der Deutsche Verein regt an, das Spannungsverhältnis des Wunsch- und Wahlrechts zu den tatsächlichen Möglichkeiten insbesondere in dünn besiedelten Gebieten transparenter zu gestalten. Dazu gehört die klare Normierung der Voraussetzungen des Wunsch- und Wahlrechts. Dabei ist das Verhältnis einer nicht mit Sparsamkeit gleichzusetzenden Wirtschaftlichkeit zum Wunsch- und Wahlrecht im Lichte der BRK klar zu regeln.

VII. Gemeinsame Empfehlungen der Rehabilitationsträger (§ 13 SGB IX)

Die gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger, die im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) als ein Instrument zur koordinierenden, gesetzeskonkretisierenden Zusammenarbeit vereinbart werden, sind z.T. auch unter den Rehabilitationsträgern selbst nicht hinreichend bekannt und gelten oftmals als zu wenig konkret zur Hilfestellung in der Praxis bzw. angesichts der starken Stellung der jeweiligen Leistungsgesetze der einzelnen Rehabilitationsträger als zu wenig praxisrelevant.²⁸

Der Deutsche Verein empfiehlt, zur Erreichung der Ziele daher die regionale gesetzes- und empfehlungskonkretisierende Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger durch die Arbeitsgemeinschaften nach § 12 Abs. 2 SGB IX unter Beteiligung aller Rehabilitationsträger zu stärken.

Ein Schritt dazu könnte sein, das Instrument der Konkretisierung der Empfehlungen nach § 13 Abs. 9 SGB IX (regionale Empfehlungen) stärker zu nutzen.

also auch gleiche Qualität und wohnortnahe Versorgung nötig, um das Wirtschaftlichkeitsgebot zur Anwendung zu bringen (vgl. § 127 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

²⁸ So die Behindertenberichte der Bundesregierung: BT-Drucks. 15/4575, S. 4, 28; differenzierter: BT-Drucks. 16/13829, S. 49.

Im Übrigen ist subsidiär das Bundesministerium für Arbeit und Soziales nach § 16 SGB IX in der Pflicht.

VIII. Komplexleistung Frühförderung

Mit dem SGB IX wurde erstmals die Komplexleistung Frühförderung nach § 30 SGB IX eingeführt. Gleichwohl findet sich weder im SGB IX noch in der FrühV eine Definition der Komplexleistung oder die Festlegung auf Leistungsinhalte, -umfang oder Qualitätsmerkmale. Es kommt zwischen den beteiligten Leistungsträgern immer wieder zu Zuordnungsschwierigkeiten, was zu Leistungseinschränkungen oder bürokratischen Hemmnissen führen kann. Die bisherigen Landesrahmenempfehlungen nach § 2 Satz 3 FrühV haben nicht dazu geführt, diese Schwierigkeiten der Komplexleistung einzudämmen, da auch deren Ausgestaltung und Regelungsdichte z.T. selbst innerhalb der Bundesländer erheblich variieren.

Daher ist nach Ansicht des Deutschen Vereins eine bundesgesetzliche Verankerung mit verbindlichen Vorgaben zu Art, Inhalt und Ausmaß der Komplexleistung dringend erforderlich. Zu den gesetzlichen Mindestinhalten sollte insbesondere eine Definition der Komplexleistung Frühförderung gehören, mittels derer klargestellt wird, dass eine Komplexleistung nicht lediglich eine Addition der verschiedenen benannten Leistungen beinhaltet, sondern deren integrierte Erbringung im Sinne eines abgestimmten, übergangslosen Ineinandergreifens bedeutet. Die Finanzierung durch die beteiligten Leistungsträger muss gesetzlich klar aufgeteilt sein und muss auch die Leistungen für interdisziplinäre Zusammenarbeit pauschaliert, unabhängig vom Einzelfall und unter Berücksichtigung aller Leistungsinhalte umfassen.

Darüber hinaus empfiehlt der Deutsche Verein bundesgesetzlich-verbindliche Regeln zum Abschluss gesetzeskonkretisierender verbindlicher

Landesrahmenvereinbarungen mit der Möglichkeit der Ersatzvornahme durch eine Landesverordnung bei Nichtzustandekommen der Vereinbarung.²⁹

IX. Komplexleistung Persönliches Budget

Der Deutsche Verein setzt sich seit langem für eine Stärkung des Persönlichen Budgets ein.³⁰ Obwohl bereits seit 2008 generell ein Anspruch auf Leistungen in Form des Persönlichen Budgets besteht, werden in der Praxis immer noch Hindernisse bei der Gewährung und Inanspruchnahme beklagt. Insbesondere trägerübergreifende Budgets existieren bislang nur sehr wenige.³¹ Hemmende Faktoren können dabei u.a. eine unzureichende Beratung,³² Unsicherheiten bei der Bedarfsermittlung und Schwierigkeiten beim Leistungseinkauf sowie bei der Leistungsverwaltung bzw. der Unterstützung dazu sein.

Der Deutsche Verein geht davon aus, dass die Umsetzung der oben³³ angeregten Empfehlungen auch die Voraussetzungen zur trägerübergreifenden Gewährung Persönlicher Budgets verbessern wird.

Zudem weist er darauf hin, dass **Begleitung und Unterstützung** wie bei anderen Leistungsformen so auch unter den Bedingungen des Persönlichen Budgets Bestandteil der Leistung sein müssen, soweit ein entsprechender Bedarf besteht. Dabei darf die Begrenzung der Höhe nach gemäß § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX nicht dazu führen, dass die Dynamik der Bedarfsentwicklung mit dem Bedarfsdeckungsgrundsatz in Konflikt gerät. Entscheidend nicht nur bei Neufeststellungen ist ein trägerübergreifendes Bedarfsermittlungs- und Hilfeplanverfahren wie oben (unter V.) beschrieben. § 17 Abs. 3

²⁹ Vgl. Empfehlung des Deutschen Vereins zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung vom 28. September 2005, NDV 2005, 408, 410.

³⁰ Empfehlende Hinweise des Deutschen Vereins zur Umsetzung des Persönlichen Budgets nach SGB IX, vom 7. März 2007, NDV 2007, 105. Empfehlung des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen in der Eingliederungshilfe, NDV 2007, 245.

³¹ Von 218 (DRV/GKV) bzw. 1.261 (Sozialhilfe) bewilligten Persönlichen Budgets waren 6 bzw. 22 trägerübergreifend. Vgl. Studie im Auftrag des BMAS: Prozesskettenanalyse im Bereich „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ und „Gemeinsame Servicestellen“, Oktober 2011, S. 24 ff.

³² Vgl. aber § 22 SGB IX, § 11 SGB XII. Die Beratung ist auch deswegen oftmals unzureichend, weil hohe Standards an die Beratung gelegt werden und sie umfassend ausgestaltet sein soll. So geht sie inhaltlich über Leistungsinhalt oder Leistungskonfigurationen z.T. verschiedener Sozialleistungssysteme hinaus und soll eher in Richtung einer Lebensberatung verstanden werden.

³³ Unter V. Trägerübergreifende Planung und Koordinierung.

Satz 4 SGB IX sollte daher gesetzlich derart ergänzt werden, dass eine Deckelung nur gelten kann, sofern die Bedarfe unverändert geblieben sind.

Des Weiteren erweist sich die Praxis oft noch als zu bürokratisch und z.T. zweckverfehlend, insbesondere was die Anforderung von Nachweisen betrifft. Steuerungselemente und Mittel zur Qualitätssicherung für den Budgetgeber bestehen vielmehr in erster Linie in einer **Wirkungs- und Ergebniskontrolle gemeinsam mit dem/der Budgetnehmer/in, zentral ausgerichtet an der Zielvereinbarung**. Dies zu beachten, ruft der Deutsche Verein alle Rehabilitationsträger nachdrücklich auf.

Schließlich sind die **Leistungsgesetze** noch weiter auf das Persönliche Budget **abzustimmen**, insbesondere die Schnittstelle zur Pflege (§ 35a SGB XI). Der Deutsche Verein hat bereits mehrfach die **Einführung Persönlicher Budgets auch im SGB XI** gefordert,³⁴ was die Attraktivität trägerübergreifender Persönlicher Budgets für Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf erheblich erhöhen würde. Dies könnte in einem ersten Schritt flankiert durch eine Evaluierung zunächst einmal nur in der Form eingeführt werden, dass die ambulante Sachleistung nach dem SGB XI nur dann als Geldleistung in ein Budget eingespeist wird, wenn mindestens ein weiterer Leistungsträger eine mindestens ebenso hohe oder höhere Leistungssumme in das trägerübergreifende Budget einbringt.³⁵

X. Berufliche Rehabilitation

Die Leistungen zur selbstbestimmten Teilhabe am Arbeitsleben und der Unterstützungsbedarf an der Grenze zwischen Werkstatt und allgemeinem Arbeitsmarkt sind bereits 2009 ausführlich Gegenstand von Empfehlungen des Deutschen Vereins gewesen.³⁶ Daran hält der Deutsche Verein fest.

³⁴ Zuletzt: Stellungnahme des Deutschen Vereins vom 18. Mai 2012 zum Entwurf eines Pflege-Neuausrichtungsgesetzes vom 28. März 2012, NDV 2012, 329.

³⁵ Vgl. positive Ergebnisse der Studien (Abschlussberichte 2008) zum Pflegebudget und zum integrierten Budget der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg, Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege.

³⁶ Empfehlungen des Deutschen Vereins zur selbstbestimmten Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen und Unterstützungsbedarf an der Grenze zwischen Werkstatt und allgemeinem Arbeitsmarkt, NDV 2009, 127.

Ergänzend weist er darauf hin, dass die Voraussetzung eines Mindestmaßes wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung (vgl. § 136 Abs. 2 SGB IX) für ein Leistungsangebot in Werkstätten für behinderte Menschen mit Blick auf das Ziel der Teilhabe am Arbeitsleben nicht geeignet ist, die Situation zielführend zu beschreiben. Leistungsfähigkeit im Sinne wirtschaftlicher Verwertbarkeit der Arbeitsleistung darf nicht Voraussetzung für den Zugang zu Leistungen der beruflichen Bildung sowie der Teilhabe am Arbeitsleben sein.

XI. Pflegeversicherung und Rehabilitation

Angesichts erheblicher inhaltlicher Schnittmengen mit der Pflegeversicherung,³⁷ insbesondere zwischen Eingliederungshilfe und Pflege und der bereits jetzt an vielen Stellen normierten Beteiligung der Pflegekassen (Beratung: § 22 Abs. 1 Satz 4 SGB IX, Persönliches Budget: § 17 Abs. 2 Satz 2 SGB IX) hält es der Deutsche Verein außerdem bereits seit längerem für diskussionswürdig, die **Pflegeversicherung ins SGB IX als Rehabilitationsträger** aufzunehmen.³⁸ Diese konsequente Einbeziehung könnte zur weiteren Zusammenfassung, Kooperation und Koordination beitragen und damit der weiteren Realisierung wesentlicher Ziele des SGB IX dienen. Andererseits wäre dies aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen (Stichwort: Teilhabe und Pflegeversicherung, Harmonisierung des SGB XI mit dem SGB IX nicht zuletzt hinsichtlich der Begrifflichkeiten) mit großen Herausforderungen verbunden.³⁹

So empfiehlt der Deutsche Verein, die Einbeziehung der Pflegeversicherung in die Verfahrensregelungen der §§ 10, 12 und 14 SGB IX im Kontext der Reformbemühungen um einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu prüfen.

³⁷ Ausführlich dazu auch: Diskussionspapier des Deutschen Vereins zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen der Eingliederungshilfe und der (Hilfe zur) Pflege unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Reform der Eingliederungshilfe vom 21. September 2010, NDV 2010, 527.

³⁸ Diskussionspapier des Deutschen Vereins zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen der Eingliederungshilfe und der (Hilfe zur) Pflege unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Reform der Eingliederungshilfe vom 21. September 2010, NDV 2010, 527, 535.

³⁹ Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen! – Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit vom 21. Juni 2011 in: Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, 2011, S. 51, 82 f.

XII. Harmonisierung des Leistungserbringungsrechts und Infrastrukturverantwortung der Rehabilitationsträger

Die Parallelität des Leistungserbringungsrechts der einzelnen Leistungsgesetze und des SGB IX hat im Ergebnis bislang dazu geführt, dass die grundlegenden Regelungen (§§ 17 ff. SGB IX, 17 SGB I) nicht ausreichend Beachtung gefunden haben. Auch hier ist eine Harmonisierung der jeweiligen leistungsrechtlichen Ausführungen und Stärkung der übergreifend geltenden Vorschriften des SGB IX wichtig. Durch ein abgestimmt praktiziertes Leistungserbringungsrecht – wozu der Deutsche Verein auch auf der Basis der bestehenden Rechtslage eindringlich aufruft – könnten Schwierigkeiten in der Praxis beispielsweise am Übergang von der Jugendhilfe in den Verantwortungsbereich der Sozialhilfe besser vermieden werden.

Der Deutsche Verein empfiehlt zur Stärkung der übergreifend geltenden Vorschriften des SGB IX, die Normen der jeweiligen Leistungserbringungsgesetze im Hinblick auf ihre Kompatibilität zu den übergreifenden Vorschriften des SGB IX selbst zu überprüfen.

Die im SGB IX eröffnete Möglichkeit, dass die Rehabilitationsträger mit Arbeitsgemeinschaften von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen (nach § 19 Abs. 6 SGB IX) Rahmenverträge abschließen (nach § 21 Abs. 2 SGB IX), wird bislang nicht wahrgenommen. Durch diese leistungserbringungsrechtliche Konstellation besteht eine scharfe Asymmetrie zwischen Leistungserbringern und Rehabilitationsträgern. Deshalb ist die Kann-Bestimmung (§ 21 Abs. 2 SGB IX) in eine verpflichtende Bestimmung umzuwandeln.

Der Deutsche Verein fordert zudem, die Arbeitsgemeinschaften nach § 12 Abs. 2 SGB IX auch zur Wahrnehmung der Infrastrukturverantwortung kooperativ zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern zu nutzen (§ 19 Abs. 1 SGB IX). Parallel dazu sind die Länder gefordert, den landesrechtlichen Rahmen dafür zu gestalten inklusive erforderlicher Konfliktlösungsmechanismen.

Schließlich ist eine abgestimmt wahrgenommene Infrastrukturverantwortung zwischen kommunaler Seite – etwa in Sozialplänen, beim Städtebau und bei der Raumordnung – und den Akteuren der Zivilgesellschaft einschließlich einer frühzeitigen Beteiligung der Betroffenen in den Prozessen geeignet, den vom Deutschen Verein beschriebenen inklusiven Sozialraum⁴⁰ zu befördern.

C. Ausblick

Die Bedeutung des SGB IX wird aus Sicht des Deutschen Vereins perspektivisch zunehmen. Dies zeigen nicht zuletzt die grundsätzlich vom Deutschen Verein unterstützten Bemühungen und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe.⁴¹

Dabei ist es vorrangig die Aufgabe aller Leistungsträger im Rahmen ihres Leistungsrechts, behinderungsbedingte Bedarfe so weit wie möglich zu berücksichtigen. Hier bestehen in vielen Leistungsbereichen noch erhebliche Defizite.⁴²

⁴⁰ Eckpunkte des DV für einen inklusiven Sozialraum, NDV 2012, 15.

⁴¹ Grundlagenpapier (s.o.).

⁴² Diskussionspapier des Deutschen Vereins zur Gestaltung der Schnittstelle bei Hilfen nach dem SGB VIII und dem SGB XII für junge Menschen mit Behinderungen, NDV 2010, 467, 468; Erstes Diskussionspapier des Deutschen Vereins zu inklusive Bildung vom 23. März 2011, NDV 2011, 197.