



Sekretariat 2014:
Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)
Stralauer Str. 63
10179 Berlin
Tel.: +49 (0) 30 72 62 22 -128/-123
Fax: +49 (0) 30 72 62 22 -328
Mail: info@deutscher-behindertenrat.de
www.deutscher-behindertenrat.de

Berlin, den 8.1.2015

5. Sitzung des Hochrangigen Beteiligungsverfahrens BTHG – Positionen der DBR-Verbände zum Thema

Änderungen im SGB IX, 1. Teil

Mit der vorliegenden Positionierung legen die Verbände des Deutschen Behindertenrates (DBR) ihre einvernehmlichen Bewertungen und Forderungen zum Thema „Änderungen im SGB IX, 1. Teil“ vor. Dieses Thema war Gegenstand der 5. Sitzung der Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz am 10. Dezember 2014. Insoweit knüpfen die DBR-Verbände an das entsprechende sitzungsvorbereitende Arbeitspapier des BMAS mit Stand: 24. November 2014 an; zeitlich ggf. noch nachfolgende Überarbeitungen des BMAS-Arbeitspapiers konnten nicht berücksichtigt werden.

1. Grundlegende Gesamtbewertung

Die DBR-Verbände unterstützen uneingeschränkt den mit dem Arbeitspapier verfolgten Ansatz, mit dem Bundesteilhabegesetz nicht nur Neuregelungen für den Bereich der bisherigen Eingliederungshilfe, sondern auch grundlegende, für alle Rehabilitationsträger verbindliche Verbesserungen im Verfahrensrecht des SGB IX, 1. Teil auf den Weg zu bringen.

Die DBR-Verbände hatten bereits im Rahmen der 2. Sitzung des Hochrangigen Beteiligungsverfahrens, als es u. a. um Fragen der Bedarfsfeststellung ging, gefordert, dass Verpflichtungen des SGB IX nicht nur für den Träger der Eingliederungshilfe-neu, sondern für alle Rehabilitationsträger gleichermaßen angeschärft und „mit Zähnen versehen“ werden müssen¹.

Dieser Intention trägt das vorliegende Arbeitspapier Rechnung. Es macht deutlich, dass Regelungen der Eingliederungshilfe-neu nicht losgelöst, sondern unter Anbindung an das SGB IX, 1. Teil konzeptionell und strukturell weiterentwickelt werden sollten. Dies ist der aus Sicht der DBR-Verbände richtige Ansatz – er verhindert insolierte verfahrensseitige „Insellösungen“ für Träger der

¹ Vgl. Positionspapier des DBR vom 22.9.2014 zur Bedarfsfeststellung, abrufbar unter: <http://www.deutscher-behindertenrat.de/mime/00085702D1417778050.pdf>

Eingliederungshilfe-neu und ermöglicht Verbesserungen für alle Reha-Träger. Diesem Ansatz ist in seiner Grundzielsetzung uneingeschränkt zuzustimmen.

Zu 1. Sachverhalt:

Die DBR-Verbände begrüßen, dass im Sachverhalt die Defizite des geltenden Rechts und insbesondere seine erheblichen Umsetzungsdefizite klar benannt werden; Handlungserfordernisse im Hinblick auf Verbindlichkeit, Zusammenarbeit, Transparenz u. a. werden angesprochen. Die aus der Gegliedertheit des Systems erwachsenden Probleme werden eindrücklich aufgezeigt.

Positiv würdigen die DBR-Verbände zudem, dass (in der Tabelle S. 2) Defizite im SGB-IX-Bereich in Bezug auf die Pflegeversicherung und die Grundsicherung für Arbeitssuchende, die der DBR in der Praxis sehr deutlich sieht und beklagt, angedeutet werden, wenngleich sich die DBR-Verbände hierzu noch etwas ausführliche Darstellungen gewünscht hätten.

Die DBR-Verbände regen folgende Ergänzungen im Sachverhalt an:

- § 14 SGB IX, der die Zuständigkeitsklärung betrifft, ist eine zentrale Verfahrensnorm des SGB IX. Er sollte in der Sachverhaltsdarstellung explizit angesprochen und seine Rolle verdeutlicht werden.
- Auch § 7 SGB IX, der den – in Grenzen bestehenden – Vorbehalt abweichender Regelungen, beinhaltet, sollte Erwähnung finden. Die Norm ist eine große „Problemstelle“ des SGB IX, 1. Teil und dient oft als Begründung für eine uneinheitliche Praxis im Leistungsrecht, z. B. bei der Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts.
- Hinsichtlich der Komplexleistung Frühförderung (S. 3) fordern die DBR-Verbände, nicht nur auf die Kritik der kommunalen Träger, sondern auch auf die Verbändekritik hinzuweisen, dass bis heute keine Begriffsdefinition Komplexleistung besteht. Ein entsprechender Passus sollte ergänzt werden.

Zu 2. Handlungsbedarf

Die vorstehenden Erwägungen sollten auch im Absatz zum Handlungsbedarf noch stärker berücksichtigt werden. Zudem sollten die notwendigen Eingrenzungen beim „Schlupfloch“ § 7 SGB IX, die sich aus der fehlenden Angleichung des Leistungsrechts ergebenden Probleme, die Nichteinbeziehung der Pflegeversicherung (als Reha-Träger) ins SGB IX und die fehlenden Vereinbarungen im Bereich Frühförderung an dieser Stelle noch stärkere Erwähnung finden.

Zu 3. Handlungsoptionen

• Zur Handlungsoption 3a) Zuständigkeit

Der in der Handlungsoption 3a) enthaltene Optimierungsansatz wird grundsätzlich sehr unterstützt. Jedoch sollten die Handlungsoptionen noch konkreter gefasst werden. Hierfür schlagen die DBR-Verbände folgendes vor:

- **Die Rechtsfolgen bei Fristüberschreitung** nach § 14 SGB IX sollten konkretisiert werden. Die DBR-Verbände verweisen in diesem Zusammenhang auf zwei im Sozialrecht bereits anerkannte Möglichkeiten der Sanktionierung einer Fristüberschreitung: Zum einen ist hier § 18 Abs. 3b SGB XI zu nennen, der Strafzahlungen (70 € je überschrittene Woche) vorsieht, zum anderen § 13 Abs. 3a SGB V, wonach bei Fristüberschreitung ohne hinreichende und rechtzeitige Begründung die beantragte Leistung als genehmigt gilt. Überdies sollten die Vorleistungspflichten des nach § 14 SGB IX zuständigen Trägers normiert und der Anspruch des vorleistenden Trägers auf Erstattung seiner Verwaltungsaufwendungen abgesichert werden.

- Eine wichtige Rechtsfolge/Sanktion sieht zudem § 15 SGB IX mit der Möglichkeit der **selbstbeschafften Leistungen** schon heute vor, wenngleich er in der Praxis aufgrund der Risiken keine breite Nutzung erfährt². Gleichwohl sollte die Norm erhalten, erweitert und die mit ihm verbundenen Risiken minimiert werden: Insoweit sollte einerseits der Ausschluss der Sozial- und Jugendhilfe aus dem Anwendungsbereich aufgehoben werden, zum anderen sollten auch hier Sanktionsmechanismen entsprechend § 13 Abs. 3a SGB V (s. o.) verankert werden.
- **Es sollten konkrete Fristen für die Gutachtenerstellung** in § 14 SGB IX normiert werden. Vergleichbare Regelungen gibt es bereits in § 13 Abs. 3a SGB V oder in § 18 SGB XI, die fordern, über den Antrag – einschließlich Begutachtung – binnen 5 Wochen zu entscheiden.
- Überdies sehen die DBR-Verbände das Erfordernis der **Konzentration von Gutachten sowie der Begutachtung nach einheitlichen trägerübergreifenden Kriterien**. Auf die Problematik der Mehrfachbegutachtungen hatten die Verbände bereits hingewiesen³. Verbesserungen in diesem Bereich können entscheidend dazu beitragen, Verfahren nachhaltig zu beschleunigen. Daher sollte in § 14 SGB IX eine entsprechende Regelung ergänzt werden.
- Überdies muss **eine „Engerführung“ in Bezug auf § 7 SGB IX** vorgesehen werden, um dessen engen Ausnahmecharakter deutlich klarer zu machen. Zudem schlägt der DBR vor, in den Leistungsgesetzen der Träger die Verpflichtung zur Beachtung der Verfahrensverpflichtungen des SGB IX einerseits und die Pflicht, zu trägerübergreifenden Standards zu kommen, andererseits verbindlich zu normieren. Überdies sind zusätzlich in § 13 SGB IX in den Absätzen 1 und 2 die Worte „Nr. 1 bis 5“ zu streichen; damit würde die Pflicht aller Rehabilitationsträger, einschließlich der Träger der Jugendhilfe und der Sozialhilfe, zur Zusammenarbeit mittels Gemeinsamer Empfehlungen gestärkt.

- **Zur Handlungsoption 3b) Teilhabeplan**

Im Hinblick auf die die Ausführungen zum **Teilhabeplan** verweisen die DBR-Verbände auf ihre Stellungnahme zum Bedarfsfeststellungsverfahren⁴, in der es heißt:

Die Verbände sprechen sich für [...] die Weiterentwicklung der einschlägigen Regelungen im SGB IX zur Absicherung einer verlässlichen und dauerhaften trägerübergreifenden Zusammenarbeit aller Reha- und Leistungsträger bei der Bedarfsermittlung und –feststellung aus.

Zwar ist auch richtig, dass für die Bedarfsermittlung und –feststellung im Rahmen der Eingliederungshilfe nunmehr bundesweit einheitliche Anforderungen normiert und Festlegungen zum Verfahrensablauf sowie Bestimmungen zu den Verfahrensbeteiligten und der Beteiligung der Menschen mit Behinderungen getroffen werden sollen. Gleichwohl muss für die Träger der Eingliederungshilfe–neu jedoch klar sein, dass dies nicht außerhalb, sondern innerhalb der Verpflichtungen zur Kooperation und Koordination nach SGB IX (§ 10 ff. SGB IX) erfolgt.

An dieser Position halten die DBR-Verbände fest und befürworten insoweit die Handlungsoptionen b1), b2) und b3) kumulativ. Zu den Gründen im Einzelnen:

² Vgl. Annex zum Arbeitspapier TOP 1 (Stand: 24. November 2014), der im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung den Anteil der selbstbeschafften Leistungen im niedrigen Promillebereich gegenüber den Antragstellungen ausweist.

³ Vgl. Positionspapier des DBR vom 22.9.2014 zur Bedarfsfeststellung, abrufbar unter: <http://www.deutscher-behindertenrat.de/mime/00085702D1417778050.pdf>

⁴ Vgl. Quelle in Fußnote 2

- Die in Handlungsoption b1) vorgesehene **Beauftragtenregelung** ist wichtig, um alle Träger zur fristgerechten Beteiligung an Abstimmungen zum Teilhabeplan zu motivieren. Um – im Falle der Nichtbeteiligung eines Rehabilitationsträgers – eine Sanktionswirkung zu erreichen und Regelungen im Interesse der Antragstellenden zu ermöglichen, muss in diesen Fällen auch eine Präklusion von Einwendungen des sich nicht beteiligenden Trägers festgeschrieben werden, um nicht nachträglich die Entscheidung wieder „aufbinden“ zu können. Der Beauftragte sollte rechtsverbindlich für und gegen die sich nicht beteiligenden Träger gegenüber dem Leistungsberechtigten agieren können.

Damit würde der bereits veröffentlichten Forderung des DBR „verbindlichere Regelungen [...] für den Fall der Weigerung eines Reha-Trägers, sich zu beteiligen“⁵ zu schaffen, entsprochen.

- Die Handlungsoption b2) enthält eine wichtige Ergänzung der Option b1), da die Antragstellenden insoweit ein eigenes **Forderungsrecht** gegenüber dem Beauftragten erhalten.
- Die Option b3) enthält eine weitere wichtige Ergänzung, indem sie für die betroffenen Antragsstellenden **das Recht auf umfassende, trägerübergreifende, ICF-basierte Bedarfsfeststellung** normiert. Ergänzend weist der DBR in diesem Zusammenhang nochmals auf die erforderlichen Gutachtenfristen hin.

- **Zur Handlungsoption 3c) Transparenz**

Die Handlungsoption c1), also die Beibehaltung der bisherigen Gesetzeslage, sieht der DBR keinesfalls als ausreichend an und befürwortet daher klar Option c2), der eine eigenständige Reha-Statistik zur trägerübergreifenden Beobachtung und Durchführung der Rehabilitationsverfahren und der Zusammenarbeit der Träger vorsieht.

- **Zur Handlungsoption 3d) Institutionelle Unterstützung und Zusammenarbeit**

Die DBR-Verbände befürworten im Grundsatz die Option d1), d. h. die Stärkung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) mit der Maßgabe, dass die (mitwirkende) Rolle der Behindertenverbände innerhalb der BAR deutlich gestärkt wird.

Darüber hinaus fordern die DBR-Verbände im Hinblick auf die in diesem Absatz angesprochenen regionalen Arbeitsgemeinschaften (§ 12 SGB IX), diesbezüglich eine gesetzliche Verpflichtung der Bundesländer zu begründen, dass solche regionalen Arbeitsgemeinschaften tatsächlich gebildet werden. Zusätzlich sollten, wie bereits ausgeführt, in § 13 SGB IX in den Absätzen 1 und 2 die Worte „Nr. 1 bis 5“ gestrichen werden, um auch die Träger der Sozialhilfe und der Jugendhilfe in die Verpflichtungen einzubeziehen.

- **Zur Handlungsoption 3e) Frühförderung**

Mit Vehemenz widersprechen die DBR-Verbände jeglichen Überlegungen nach Abschaffung der Komplexleistung Frühförderung und begrüßen, dass die Arbeitsgruppe zum BTHG in ihrer Sitzung am 10.12.14 diese Position einhellig geteilt hat!

Die DBR-Verbände sprechen sich klar für Handlungsoption e1) aus, jedoch mit der Maßgabe, dass im SGB IX und in der FrühV verbindliche Regelungen über die Inhalte nicht von „Leistungen“ sondern von „Komplexleistungen“ geschaffen werden. Zusätzlich fordern die DBR-Verbände, Instrumente zur Streitbeilegung in diesem Bereich zu schaffen.

- **Zur Handlungsoption 3f) Unterstützte Elternschaft**

Seitens der DBR-Verbände wird die Option f1) unterstützt. Jedoch weisen die DBR-Verbände ausdrücklich auf die unkorrekte Terminologie hin: Die Ansprüche nach f1) sollten sich unzweideutig sowohl auf Elternassistenz, als auch auf die begleitete Elternschaft beziehen.

⁵ Vgl. Quelle in Fußnote 2

Diese Terminologie ist die korrektere, wenngleich der DBR die Klarstellung im Sachverhalt zur Kenntnis genommen hat, dass der Begriff „Unterstützte Elternschaft“ sowohl Elternassistenz als auch begleitete Elternschaft umfassen sollte.