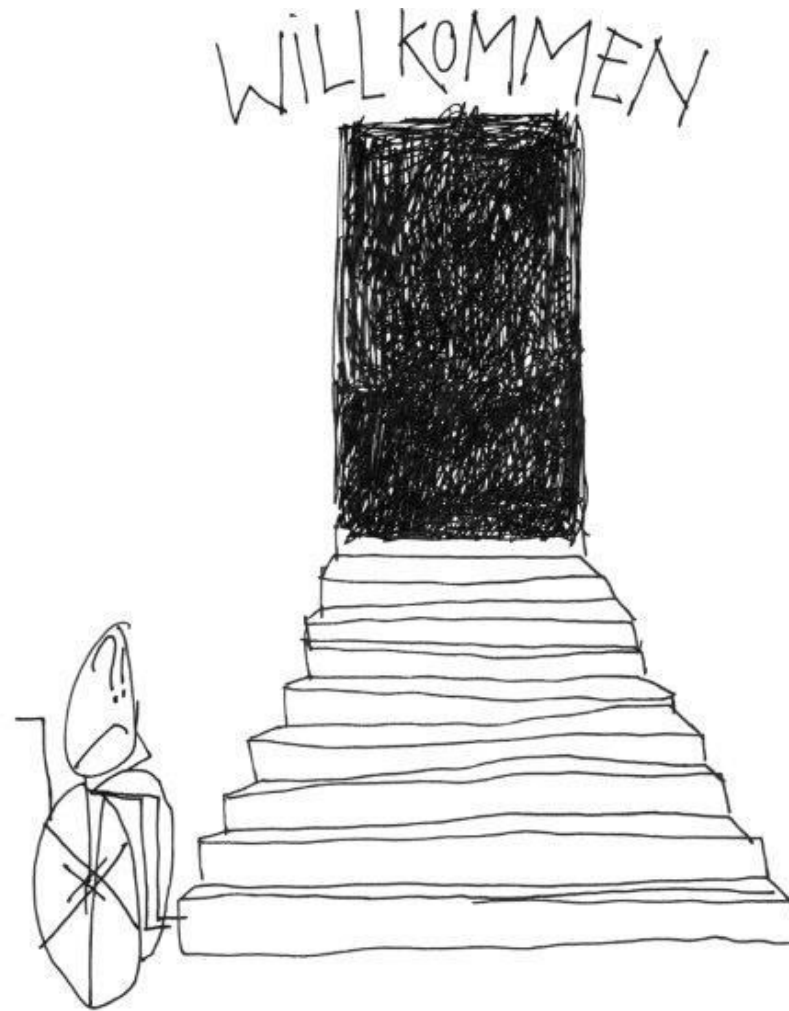


# Eingliederungshilfe

Skript urheberrechtlich geschützt, nur für Teilnehmer/innen der Veranstaltung

Teilhabeplan – Gesamtplan

Rechtsanwalt Dr. Oliver Tolmein



- **Vorklärung: Was will Friedrich Haase?**
  - Hilfe zur Pflege
  - Arbeitgebermodell
  - Wohnung
  - Erster Arbeitsmarkt
  - Budgetassistenz

- **Was will Friedrich Haase 2?**
  - Assistenz in der Freizeit
  - Doppelkopf
  - Shisha Bar
  - Prostituierte
  - Reisen
  - Ehrenamt

- Hilfe zur Pflege LG: ./.
- Arbeitgebermodell LG: ./.
- Wohnung LG: ./.
- Erster Arbeitsmarkt LG: § 5 Nr. 2
- Budgetassistenz LG: § 5 Nr. 5 (?)

- **Leistungsgruppen Friedrich Haase?**
  - Assistenz in der Freizeit      LG: § 5 Nr. 5
  - Doppelkopf      LG: § 5 Nr. 5
  - Shisha Bar      LG: § 5 Nr. 5
  - Prostituierte      LG: ?
  - Reisen      LG: § 5 Nr. 5
  - Ehrenamt      LG: § 5 Nr. 5

- Sozialhilfe: Hilfe zur Pflege (?)
- Eingliederungshilfe: Sozialamt /ab 2020 Träger der EGL
- Arbeitsassistentz: Träger der EGL, BfA, Integrationsamt
- Assistenz im Krankenhaus: GKV

- § 19 SGB 9:
- Mehrere verschiedene Leistungsgruppen?
- Mehrere Reha-Träger?
- → **Teilhabeplan**
- → **Leistender Rehaträger am Zug**
- → **Bedarfsermittlung ( § 13, § 54 SGB 9)**



- § 24 SGB 9
- EGL/ 2. Buch: § 120 Abs 4 SGB 9 → Eilfall
- Träger EGL erbringt vorl. Leistungen nach pflichtgem. Ermessen

- § 117 SGB 9: Gesamtplan immer
- Konkret: 117 Abs 3: Pflegekasse/ HzP SGB 12 beteiligen
- 117 Abs 4: Träger Hilfe zum Lebensunterhalt beteiligen
- Ggf. Einbeziehung Betreuungsbehörde ( § 22 Abs 5)

- § 118 Bedarfsermittlung
- § 119 Gesamtplankonferenz (Option: „kann“)  
→ ggf. mit Teilhabeplankonferenz verbinden
- § 120 Feststellung der Leistungen
- § 120 Abs 4: Eilfall? Vorl. Leistung?
- § 121 Gesamtplan / alle 2 Jahre überprüfen
- § 122 Teilhabezielvereinbarung

- § 29 PB: Antragserfordernis
- Anspruch auf PB
- Leistender Rehaträger ( § 14 ) für Verfahren zuständig.
- Bedarfsermittlungsverfahren alle 2 J. wdh: In der Regel
- Budgetobergrenze/ Bezugspunkt
- Zielvereinbarung

- Hilfe zur Pflege: § § 61 ff SGB 12, → § 103 Abs 2 SGB 9
- HzP während Krankenhaus: § 11 Abs 3 SGB 5, § 63 b Abs 4 SGB 12, § 103 Abs 2 SGB 9
- Arbeitgebermodell: § 64f Abs 3 SGB 12
- Arbeitsassistenz: Erlangung Arbeitsplatz § 49 Abs 8 Nr. 3 SGB 9, § 185 Abs 5 SGB 9 (Begleitung)

- EGL: § 113 Abs 2 Nr. 1, 2, 7 (ab 1.1.2020) →  
§ 113 Abs 3; → 116 Abs 1 Nr. 1; Abs 2 Nr. 1
- (EGL: § § 76, 77, 78)

# Verfahrensrechtliche Aspekte

Vom Antragserfordernis bis zum  
Teilhabeplan-Verfahren

- § 108 SGB 9 regelt ab 1.1.2020  
Antragserfordernis: EGL wurde bislang (als Sozialhilfe-Leistung) von Amts wegen erbracht, künftig: nur auf Antrag.
- Ausnahme: Leistungsbedarf wurde im Gesamtplanverfahren nach § 117ff SGB 9 ermittelt (dann von Amts wegen)



- Wesentlicher Nachteil des gegliederten Systems der Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen:
- Komplizierte System der Zuständigkeiten
- Dem soll entgegenarbeiten das Prinzip: „Leistung wie aus einer Hand“
- § 14 SGB 9 alt: Zuständigkeitserklärung
- § 14 SGB 9 n.F.: Leistender Reha-Träger

## Umfassende Leistungserbringung

- § 14 SGB 9 n.F. hat mehrere Funktionen:
  - Zuständigkeitsklärung
  - Verkürzung der Zeit Antrag bis Entscheidung
  - Anknüpfungspunkt für Teilhabeplanung
  - Schaffung der Voraussetzungen für Herstellung einer Genehmigungsfiktion ( § 18 SGB 9)

- Ähnlich wie im alten Recht
  - Träger muss innerhalb von 2 Wochen entscheiden: zuständig oder weiterleiten
  - Wird nicht weitergeleitet: zuerst angegangener Rehaträger wird leistender Rehaträger
  - Konsequenz: Bedarfsermittlung /vgl § 13 SGB 9 und Leistungs-Erbringung
  - Wird weitergeleitet => zweitangegangener Rehaträger muss Bedarf ermitteln und leisten (kann nicht nochmal weiterleiten: aber Ausnahmen)

- In § 14 n.F. : zwei Ausnahmen von der Regel
- „Turbo-Klärung“: Sollte Rehabilitationsträger, an den weitergeleitet wurde, tatsächlich **für keine der beantragten Leistungen zuständig sein**, darf er einvernehmliche, schnelle Klärung der tatsächlichen Leistungsverantwortung herbeiführen.
- Diese darf nicht dazu führen, dass die bereits in Gang gesetzte Frist verlängert werden muss, § 14 Abs 3 SGB 9 n.F..
- Ob von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht wird, liegt im Ermessen der Träger. Leistungsberechtigter hat hier keinen Einfluß.

- Falls „leistender Rehabilitationsträger“ feststellt, dass der Antrag „neben den nach seinem Leistungsgesetz zu erbringenden **weitere Leistungen zur Teilhabe** umfasst, **für die er nicht Rehabilitationsträger sein kann**“
- Verpflichtung den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zuzuleiten.
- Dieser ist dann verpflichtet „nach den für ihn geltenden Leistungsgesetzen in eigener Zuständigkeit“ zu entscheiden – und erst dann den Antragssteller hierüber zu unterrichten
- → Gefahr der Unübersichtlichkeit.

- **Entscheidungsmöglichkeiten innerhalb der 2-Wochen-Frist.**
- (1) Zuständigkeit bejaht: Besteht keine endgültige Zuständigkeit, hat der Träger Anspruch auf Kostenerstattung, § § mit 10 SGB X.
- (2) Die **2-Wochen-Frist** kann wegen erforderlicher Ermittlungen zur eigenen Zuständigkeit nicht eingehalten werden: Dann leitet der Reha-Träger an den mutmaßlich zuständigen Reha-Träger weiter.
- 3) Zuständigkeit wird verneint: Reha-Träger leitet Antrag an (vermeintlich) zuständigen Reha-Träger weiter. Im Übrigen gilt das, was für die 2. Möglichkeit erläutert wurde.
- (4) Ausnahmsweise kann der Reha-Träger, an den der Antrag innerhalb der 2-Wochen-Frist nach § 14 SGB 9 weitergeleitet wurde, bei angenommener Unzuständigkeit im Einvernehmen mit dem eigentlich zuständigen Reha-Träger an diesen weiterleiten, damit der innerhalb der laufenden Frist über den Antrag entscheiden kann. Über diese „Turbo-Klärung“ ist der Antragsteller zu informieren.
- (4) Integrationsämter dürfen Anträge, die ihnen von anderen Reha-Trägern nach § 16 Abs. 2 SGB I zugeleitet werden, erneut weiterleiten, vgl. § 185 Abs 6 SGB IX. (BSG Urt. v. 26. 6. 2007 – B 1 KR 34/06 R – NZS 2008, 436.)

- **3-Wochen-Frist**, berechnet ab Antragsseingang, innerhalb derer der Rehabilitationsträger, der nicht weitergeleitet hat, den Bedarf ermittelt und **über die Erbringung Leistung entschieden haben muss.**

- Gutachten erforderlich?
- Einholen spätestens Ende 3-Wochenfrist
- Sachverständige hat 2 Wochen nach Auftragseingang zu erstellen
- Zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens:  
Entscheidung des leistenden Rehaträgers



- Ggf. Gutachten § 17 SGB 9
- Ggf. Teilhabeplan nach § 19 SGB 9
- Ggf. Teilhabeplankonferenz § 20 SGB 9
- Ggf. Einbeziehung anderer öff. Stellen § 22 SGB 9
- Ggf. Gesamtplan § 141-145 SGB 12/ 117 -121  
SGB 9 (ab 1.1.2020)
- Bedarfsermittlungsverfahren für lfd. Leistungen i d  
Regel alle 2 Jahre wiederholen

# Teilhabeplan

Gesamtplan, Persönliches Budget

- **Teilhabeplan-Verfahren**
  - Nach § 19 Abs 1 SGB 9 zwingend **für alle vom SGB 9 umfassten Leistungsberechtigten** anzuwenden, wenn **Leistungen verschiedene Leistungsgruppen ( § 6 SGB 9) oder mehrere Rehaträger** erforderlich
  - **Verantwortlichkeit: leistender Rehaträger**

- § 19 Abs 2 SGB 9:
  - Teilhabeplan dokumentiert 11 Positionen
  - Tag des Antragseingangs/ Feststellung individ. Rehabedarf auf Grundlage Bedarfsermittlung nach § 13 SGB 9/ Bedarfsermittlungsinstrumente/ Berücksichtigung Wunsch- und Wahlrecht, insb PB/ Ergebnisse Teilhabeplan-Konferenz....
- Teilhabeplan dient der umfassenden Teilhabe am Leben i d Gesellschaft „zünftig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer“ ermöglichen

- Teilhabeplan Grundlage für Entscheidung über Antrag
- Teilhabeplan kann von individ. Leistungsberechtigten beantragt werden
- Teilhabeplankonferenz ( § 20 SGB 9): Kann-Vorgehensweise / wenn keine Konferenz: Begründung ggü Leistungsberechtigten
- Teilnehmer Teilhabeplankonferenz: § 20 Abs 3 SGB 9, § 22 SGB 9 (Öffentliche Stellen, auch Pflegekassen, Integrations-Ämter, bei Leistungen Teilhabe Bildung: auch Schulen oder Hochschulen)

# Gesamtplan § 117 SGB 9 (1.1.18 bis 31.12.19: § § 141 -145 SGB 12)

- Instrument personenzentrierter Planung
- Unterschied **Teilhabeplan** / **Gesamtplan** (**Teilhabeplan ist nicht Teil des Gesamtplans**)
- **Teilhabeplan** nach § 19 **nur zu erstellen** wenn
  - Mehrere Leistungsgruppen / mehrere Rehaträger
- **Gesamtplan** für **jede** leistungsberechtigte Person / auch bei Einzelleistungen zu erstellen,
- Gesamtplan stärkt in Theorie Position des/der LB gegenüber LE und LT
- § 117 SGB 9 knüpft an § 58 SGB 12 an, geht aber deutlich darüber hinaus. Wichtige Punkte: Starkes Beteiligungsrecht des LB, Dokumentation seines Wunsch- und Wahlrechts, strukturierte Vorgehensweise

- Gesetzgeber: neben „Schärfungen im Vertragsrecht“ ist Gesamtplanverfahren „wichtigsten Maßnahmen, die Steuerungsfähigkeit der EGL erhöhen“, erweitert/präzisiert § 58 SGB X 12 aF
  - Anzuwenden bei komplexen (trägerübergreifenden Bedarfskonstellationen (15-20% aller Leistungsfälle), erfordert qualifizierteres Personal (BT Drs. 18/9522, 214)
  - Ausgangspunkt: ein bestehender Bedarf an Leistungen der Eingliederungshilfe kann erst im Rahmen eines umfassenden Gesamtplanverfahrens ermittelt werden
  - Steuerung / Wirkungskontrolle/ Dokumentation

# Gesamtplanverfahren: Waffe der Leistungsberechtigten?

- § 117 SGB 9:
  - Abs 1 Nr. 1: Beteiligung des Leistungsberechtigten in allen Verfahrensschritten
  - Nr. 2: Dokumentation der Wünsche des Leistungsberechtigten zu Ziel und Art der Leistungen
  - Streitpunkt: Person des Vertrauens des LB beteiligen (kein Vertreter der LE, aber LE als Person des Vertrauens des LB?)
  - U.U: Träger EGL + Pflegekasse + Sozialhilfeträger (Lebensunterhalt) und LB (mit Vertrauensperson) beteiligt



- § 118 SGB 9
  - Instrument auf Basis des ICF (Internat. Klassifikation Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) = Infos auf DIMDI-Seite (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>)
  - 9 Lebensbereiche
- Gesamplankonferenz ( § 119 SGB 9)
- U.U. Gesamplankonferenz mit Teilhabeplankonferenz nach § 20 SGB verbinden (120 Abs 3 SGB 9)

- § 121 Abs 2 SGB 9
  - Der Gesamtplan dient der Steuerung, Wirkungskontrolle und Dokumentation des Teilhabeprozesses
- § 121 Abs 4 SGB 9: Der Gesamtplan enthält
  - ...die Maßstäbe und Kriterien der Wirkungskontrolle
  - ...die im Feststellung über die verfügbaren und aktivierbaren Selbsthilferessourcen des Leistungsberechtigten

- Gesamtplanverfahren stärkt Rechte der leistungsberechtigten Person
- Stärkung der Teilhabe am Verfahren selbst
- Aber: Vorgaben erfolgen durch Verwaltung.
- Ziel ist Leistungssteuerung, Wirkungskontrolle, Dokumentation des Teilhabeprozesses: das richtet den Fokus stark auf die Verwaltung, ihre Pflichten und Interessen

- Gesamtplan ist rechtlich eine Leistungsabsprache nach § 12 SGB 12 und wird erst durch die Bescheiderteilung zum Verwaltungsakt
- Nur Rechtsanspruch auf Durchführung eines Gesamtplanverfahrens, nicht aber auf bestimmte, darin enthaltene Leistungen LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 29.9.2009, Az. L 8 SO 177/09 ER

- Gesamtplanverfahren komplex und wird selbst nicht von Betroffenen gesteuert.
- Hoher Grad an Formalisierung verleiht ihm Gewicht, angesichts dessen geringes Maß von Rechtsschutz im Verfahren: problematisch
- Gesamtplanverfahren insoweit in nuce Umsetzungprozess des BTHG:
  - lange und förmliche Einbeziehung der Selbstvertretungsorganisationen von Menschen mit Behinderungen. Am Ende aber in der politischen Umsetzung weit davon abgerückt. Ergebnis: harte Konflikte

- § 122 SGB 9: Träger der EGL **kann** Teilhabezielvereinbarung zur Umsetzung der Mindestinhalte des Gesamtplanes abschließen.
- Erinnert an Zielvereinbarung des PB (jetzt § 29 Abs 4 SGB 9) – und die gravierenden Probleme damit.
- Rechtsschutzproblem.

- Das Gesamtplanverfahren wird in 4 Schritten durchgeführt:
  - Bedarfsermittlung, ggf. inklusive Gesamtplankonferenz
  - Feststellung der Leistungen
  - Erstellung eines Gesamtplans und auf dieser Grundlage Erlass des Verwaltungsaktes
  - Abschluss einer Teilhabezielvereinbarung

- *Besteht Gesamtsteuerungsverantwortung* der Träger der Sozialhilfe bei der Hilfeplanung? (Bund-Länder-Arbeitsgruppe »Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe« )
- oder
- Trennung von Leistungsgewährung und Beratung und Begleitung des Leistungsberechtigten?
- individuelle Teilhabebedarf müsse durch eine neutrale Stelle erhoben werden, sonst gebe es eine Interessenkollision mit dem Interesse des Sozialhilfeträgers an einer Kostenreduzierung



- Gesamtplanverfahren hat als formalisiertes Verfahren erhebliches Potenzial
- Es birgt aber auch – für die Leistungsberechtigten – durch die fehlenden Rechtsschutzmöglichkeiten auf dieser Ebene erhebliche Probleme und Gefahren.
- Das ist problematisch für ergebnisorientierte EGL-Arbeit insgesamt.
- Für starke Ergebnisse mit denen effizient gearbeitet werden kann ist es daher wichtig Intention des Gesetzgebers (Stärkung der Leistungsberechtigten) ernst zu nehmen. Dafür: klare Übernahme von Grundsätzen der UN-BRK, die auch in § 117 SGB 9 integriert sind.
- Menschen mit Behinderungen als Expert\*innen ihrer selbst

- Standort: SGB 9, 1. Teil, Kapitel 6, Abschnitt 1 (Leistungsformen)
- § 29 SGB 9 / BudgetV seit 1.1.18 aufgehoben
- Aber: § 30 SGB 9 VO-Ermächtigung (derzeit nicht umgesetzt)

- Leistung auf Antrag der Leistungsberechtigten
- PB ist Leistungsform (kein Leistungsinhalt)
- Kein Ermessen des Trägers über Leistung in Form PB,
- aber u.U. Ermessen über Reha-Leistung an sich (z.B. § 26 Abs 5 SGB 7)
- Verweise auf § 29 SGB 9 in anderen SGBs

- § 185 Abs 8 SGB 9 (IA)
- § 35a SGB 11
- § 57 SGB 12 (EGL), § 63 Abs 3 SGB 12 (HzP)
- § 26 Abs 1 SGB 7
- § 13 Abs 1 SGB 6
- § 2 Abs 2 SGB 5, § 11 Abs 1 Nr. 5 SGB 5
- § 118 SGB 3
- § 9 Abs 2 BVG

- Ziel des PB:
  - möglichst selbstbestimmtes Leben
  - In eigener Verantwortung
- Inhalt des PB/ Budgetfähige Leistung:
  - Leistungen zur Teilhabe (med Reha, Arbeitsleben, Bildung, soziale Teilhabe)
  - Leistungen KK und PflK, Hilfe zur Pflege Sozialhilfe, Unfallversicherung (ergänzend zu Teilhabe, bei HzP vgl. § 63b Abs 6 SGB 12 -Arbeitgebermodell)

- Träger:
  - Pflegekassen/ IÄ/ Rehaträger
  - Trägerübergreifend
  - Einzelner Träger
- P: beitragsfinanzierte Sozialversicherungsleistungen / steuerfinanzierte Sozialleistungen Zusammenführung divergierender Leistungen zu trägerübergreifender Leistung mit gegliederten System der sozialen Sicherung zu vereinbaren? I d Praxis durch § 14 SGB 9 gelöst

- BudgetVO / seit 1.1.18 aufgehoben
- Ermächtigungsgrundlage § 30 SGB 9
- Verwaltungsvorschriften einzelner Träger  
(DGUV 2012)
- Handlungsempfehlungen BAR zum PB (2009)

- Hilfen zur Mobilität und Eingliederungshilfen
- Hilfen zum Erreichen des Ausbildungs- und Arbeitsplatzes
- Häusliche Krankenpflege
- Regelmäßig benötigte Heil- und Hilfsmittel  
Pflegeleistungen



- Aufwendungen für persönliche Assistenten im Berufsleben oder in der Ausbildung (ggf. auch Eingangsbereich WfbM)
- Haushaltshilfen oder für Pflegekräfte,
- Kosten für Fahrten zum Arbeitsplatz bzw. den Unterhalt eines eigenen Fahrzeugs,
- Unterbringung in bestimmten Wohnformen (nicht zwingend ambulant erbrachte Leistungen)
- regelmäßige oder langfristige Zuschüsse (Gründungszuschüsse, Eingliederungszuschüsse an den Arbeitgeber)

- Kurzfristige oder einmalige Leistungen,  
außerordentliche Bedarfe ungeeignet für PB
- Nein: Anschaffung eines Pkw,  
behindertengerechte Umrüstung Kfz.  
Einmalige Ausgestaltung Arbeitsplatz

- Die Kosten für eine befristete Arbeitsmaßnahme
- Finanzierung Assistenzkraft, nur für Urlaub
- sechsmonatige Umschulung
- Coach als (Einarbeitungs-)Assistenz

- Persönliches Budget - insbesondere Beschaffung von Dienstleistungen
- Einbezogen: nur Leistungen, die sich „auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende“ Bedarfe des Leistungsberechtigten beziehen.

- Rechtsanspruch auf PB
- Auch einzelner Rehaträger kann in Form des PB leisten
- Auftragsverfahren PB wird abgelöst: Leistender Rehaträger ist zuständig...
- § 29 Abs 4 regelt Zielvereinbarung: oft problematisch. Neue Vorschrift entschärft aber nicht, sondern verschärft: insb. die Aufnahme der Höhe der Teil- und Gesamtbudgets ist problematisch: suggeriert **Objektivität des Bedarfsermittlungsverfahrens.**

## Art der Erbringung

- 29 Abs 2 SGB 9:
- PB in der Regel als Geldleistung
- Laufende Leistungen: monatlich (Abrechnung idR in größeren Zeitspannen: Jahr)
- Alternative: Gutscheine (insb § 35a SGB 11) berechtigen nur zu Inanspruchnahme zugelassener Pflegedienste

- Budgetfähig:
  - Pflegesachleistung § 36 SGB 11 (Gutschein)
  - Pflegegeld § 37 SGB 11 (ist schon Geldleistung, aber Gratifikation für pflegende Angehörige)
  - Kombileistung § 38 SGB 11 (nur Pflegegeldanteil als Geldleistung, Sachleistungsanteil: Gutschein)
  - Pflegehilfsmittel § 40 SGB 11 (Geldleistung)
  - Tages-/Nacht-Pflege § 41 SGB 11 (Gutschein)

- Sachleistung wird im Rahmen PB durch Gutscheine ersetzt
- Ziel: Erhöhung Verfügungsmöglichkeit über Pflege-Erbringung wird nicht erreicht, keine größeres Maß an Selbstbestimmung
- Aber: gewisser Schutz (osteuropäische Betreuungskräfte vgl. unten)



- PB wird bedarfsdeckend gewährt
- Bedarf wird „auf Grundlage der nach Kapitel 4 getroffenen Feststellungen“ gewährt.
- 4. Kapitel: § 14 - § 24 SGB 9
- Feststellungen trifft der „Leistende Rehabilitationsträger“ ( § 14)

- Bedarfsgerecht
- Beratung und Unterstützung inbegriffen
- Höhe soll die Kosten aller bisher festgestellten Leistungen nicht überschreiten, die ohne das PB zu erbringen sind
- P: Bezugspunkt für Kostenvergleich

- Problem Budget-Assistenz (BA)
  - Leistungsträger oft: nicht zu bezahlen, übersteigen bisherige Kosten, nicht angemessen/ berechtigt
  - Leistungsberechtigte: BA erforderlich. Neue bzw. andere Leistung. Artikel 12 UN-BRK (Selbst-Entscheidungsmöglichkeiten schaffen)
  - Besondere Probleme bei Betreuer als Budgetassistenten

- → SG München, Urteil vom 07.05.2013 - S 48 SO 235/12:
  - Eine in einer Zielvereinbarung gem § 4 BudgetV getroffene Regelung über die Höhe des persönlichen Budgets ist nach § 58 Abs 1 SGB 10 iVm § 134 BGB nichtig. Die Regelung der Höhe der zu erbringenden Leistung hat nach den gesetzlichen Vorgaben durch eine (rechtsbehelfsfähige) Entscheidung der Verwaltung, also durch Verwaltungsakt zu erfolgen.
- Konsequenz neue Regelung: gefährdet PBs, weil ohne ZV kein PB, im Streit über Budgethöhe wird künftig ZV verhindert....

- Leistender Rehaträger ( § 14 SGB 9) ist bei Teilhabe-PBs für Durchführung des Verfahrens verantwortlich
- Er stellt Bedarf
  - Durch Einsatz der Instrumente d. § 13 SGB 9
  - „unverzüglich und umfassend“ fest
- Ggf. unter Einbeziehung weiterer Rehaträger § 15 Abs 2 SGB 9 (die sich innerhalb 2 Wochen äußern)

- § 8 SGB 9
  - Absatz 1: berechnete Wünsche
  - Absatz 2: Geldleistung statt Sachleistung wenn
    - Wirksamkeit gleich
    - Wirtschaftlich zumindest gleichwertig
- § 9 SGB 12
  - Angemessene Wünsche Leistungsberechtigter entsprechen
- § 13 SGB 12: Mehrkostenvorbehalt

- Leistungsträger PB und Leistungsberechtigter schließen – bei geplanter Bewilligung - zur Umsetzung PB Zielvereinbarung ab
- ZV = öffentlich-rechtl. Vertrag
- P: Gleichordnungsverhältnis?

- **Mindest-Inhalte**
  - Ausrichtung individ. Förder-/Leistungsziele
  - Erforderlichkeit Nachweis, dass individ. festgestellter Bedarf gedeckt ist
  - Qualitätssicherung
  - Höhe der Teil- und Gesamtbudgets (äußerst problematisch, vgl. SG München)



- ZV ist zwingend für PB
- Problem: keine Einigung zwischen Leistungsträger / Leistungsberechtigten zu erzielen (insb. über Budgethöhe)
- Ggf. trotzdem ZV mit Benennung der Streitpunkte, damit Bewilligungs-VA erlassen werden kann - dann Klage

- Ggf. auf PB verzichten und Einzel-Geld-Leistungen beantragen (kompliziert und langwierig)
- Auf Feststellung der Verpflichtung zum Abschluss ZV dringen
- Am besten: Gesetz ändern: Budgethöhe gehört nicht in ZV

- In engem Zusammenhang mit Bedarfsermittlung und Zielvereinbarungen steht § 116 SGB 9 n.F., der die „gemeinsame Inanspruchnahme“ von Leistungen regelt: Leistungskatalog mit 6 Leistungen „können an mehrere Leistungsberechtigte gemeinsam erbracht werden, soweit das zumutbar ist“

- Gesetzesbegründung (BTDRs. 18/9522, 285):  
„Nicht selten benötigen mehrere LB gleiche Leistungen zum gleichen Zeitpunkt am gleichen Ort.“ Einkaufen mit Assistenz, Erlernen Haushaltsführung, Beförderung mit einem Fahrdienst.
- LB muss an Entscheidung über Poolen „auf Augenhöhe“ beteiligt werden.
- Zumutbarkeits-Prüfung

- Scharfe Kritik an Poolen-Ansatz, weil das individuelle Lebensführung einschränkt und Inklusion entgegenarbeitet.
- Beispiel: NB-Nachbarn in Wohnsiedlung – gehen auch nicht grüppchenweise Einkaufen, obwohl man damit Kinder besserversorgen könnte.
- Wenn vom LB gewünscht ist gemeinsame Inanspruchnahme auch kein Problem....

- Schnittstelle nicht neu: Menschen mit hohem Assistenzbedarf und ambulanter Versorgung:
- Pflege /Pflegeversicherung & Hilfe zur Pflege/  
aber auch EGL
  - Toilettengang mit Assistenz im Theater
  - Zerkleinern der Nahrung beim Klassenausflug
- Oft kein besonderes Problem, da EGL und HzP beides beim Sozialhilfeträger angesiedelt war

- EGL als eigener Leistungsträger macht das schwieriger, ähnlich wie Änderungen der HzP in der Sozialhilfe, die durch Übernahme der neuen Pflegegrade den erweiterten sozialhilferechtlichen Pflegebegriff nicht mehr so klar normiert haben:
- § 61 Abs 1 S. 2 SGB 12 a.F.: geringere Bedarf oder für andere Verrichtungen
- § 64 b Abs 1, 2 SGB 12; § 63a SGB 12 können das ausgleichen (auch hier § 64b Abs 1 S. 3: gemeinsame In-Anspruchnahme von **häusliche** Pflegeleistungen)

- Sonderregelung § 103 SGB IX;
  - EGL in Einrichtungen oder Räumlichkeiten i.S. § 43a SGB 11 i. Vm. § 71 Abs 4 SGB 11 → dann auch Pflegeleistungen dort
  - Abs 2: Bei EGL außerhalb von Einrichtungen und Räumlichkeiten iS43a iVm 71 Abs 4 SGB 11 umfasst das auch die Pflegeleistungen, solange Teilhabeziele nach Maßgabe des Gesamtplanes erreicht werden
  - Ausnahme: LB hat vor Vollendung Regelsaltersrente keine Leistungen EGL erhalten. Dann auch jetzt nicht . (P): Altersdiskriminierung ?



- Allg. Wunsch- und Wahlrecht: § 8 SGB IX  
(entspricht weitgehend altem § 9 SGB IX)
- Spezielles EGL-Wunsch- und Wahlrecht: § 104 SGB 9 (Ersatz für § 13 SGB XII:  
ambulanzabwehrender Mehrkostenvorbehalt)
- Notwendig auch weil SGB 9 nicht mehr  
zwischen stationär und ambulant  
unterscheidet

- Leistungen der EGL bestimmt sich nach den Besonderheiten des Einzelfalls – dabei ist auch die Wohnform zu würdigen (besondere Wohnformen können nicht erzwungen werden).
- Wünsche nicht angemessen, soweit Kosten der gewünschten Leistung Höhe der Kosten für vergleichbare Leistung von Leistungserbringern mit denen Vereinbarung nach Kapitel 8 besteht, unverhältnismäßig übersteigt und wenn Bedarf durch vergleichbare Leistung gedeckt werden kann.
- Außerdem: Alternative muss zumutbar sein (vorrangige Prüfung)
- Persönliche Umstände einschließlich gewünschter Wohnform besonders würdigen.
-

- Schon heute in den Blick nehmen, wenn es um ambulante Lebens- und Versorgungsformen geht
- Hintergrund Art 19 UN-BRK: Zwang zu besonderen Wohnformen ist diskriminierend.
- Ansatzpunkte für individuelle Wohnform in § 104 SGB IX:
  - Vergleichbarkeit anderer Wohnformen in Zweifel zu ziehen
  - Zumutbarkeit nicht gegeben

## Kanzlei Menschen und Rechte

Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte

Lünsmann, Dr. Tolmein, Dr. Tondorf

Kühnehöfe 20

22761 Hamburg

040.600094700 (Fhone)

040.600094747 (Fax)

[kanzlei@menschenundrechte.de](mailto:kanzlei@menschenundrechte.de)

[www.menschenundrechte.de](http://www.menschenundrechte.de)