

Bernd Giraud und Marcus Schian

Teilhabeplanung: die Regelungen im BTHG und in der Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess¹

Der nachfolgende Beitrag befasst sich mit den infolge des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)² seit 1. Januar 2018 geltenden neuen gesetzlichen Regelungen zur Teilhabeplanung (§§ 19–23 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch [SGB IX]) und ihren Konkretisierungen in der Gemeinsamen Empfehlung (GE) Reha-Prozess, die zum 1. Dezember 2018 in Kraft getreten ist. Das Verhältnis zum Planungsinstrument „Gesamtplan“ bildet dabei einen Schwerpunkt.

1. Teilhabeplanung – neue Vorschriften, alter Hut?

Planungsmechanismen für Fälle, in denen mehrere Träger „beteiligt“ sind oder das Rehabilitationsverfahren „mehrere Maßnahmen“ umfasst, waren bereits im Reha-Angleichungsgesetz (RehaAngIG)³ gesetzlich verankert, der Gedanke wurde in § 10 SGB IX a.F. fortgeführt. Trägerübergreifende Konkretisierungen aus der dazu 2004 vereinbarten GE „Teilhabeplan“ wurden in einer umfassenden GE „Reha-Prozess“⁴ weiterentwickelt, die 2014 in Kraft trat. Die dabei getroffenen Vereinbarungen wurden von der Fachwelt als geeignete Grundlage angesehen, durch abgestimmte Planung möglichst dauerhafte Sicherung von Teilhabe zügig und wirtschaftlich zu erreichen.⁵ Der Gesetzgeber des BTHG hat die in der GE Reha-Prozess getroffenen trägerübergreifenden Vereinbarungen aufgegriffen, so z.B. den Ansatz einer Teilhabe(plan)konferenz. Das Grundanliegen der Teilhabeplanung ist also nicht neu, die §§ 19–23 SGB IX beinhalten jedoch im Vergleich zu den ersten Ansätzen im RehaAngIG ganz erhebliche Konkretisierungen, Weiterentwicklungen und Neuerungen. Die Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe aus dem Jahr 2009⁶ haben das Reformvorhaben BTHG inhaltlich mitgeprägt und am Ende das SGB IX und damit das neue Reha- und Teilhaberecht insgesamt beeinflusst.

2. Teilhabeplanung als ein Kernelement der Steuerung und Zusammenarbeit zur Teilhabesicherung

Mit den Neuregelungen durch das BTHG bekommt der für alle Reha-Träger gültige Teil 1 des SGB IX eine höhere Ver-

bindlichkeit. Die erste Frage lautet daher oft: Ändert sich durch die neuen Vorschriften auch etwas im tatsächlichen Leistungsgeschehen? Eine vorläufige Antwort lautet: Je mehr das vor 2018 geltende Prinzip „Das SGB IX gilt, es sei denn es gilt nicht“ immer wieder als Vorfahrtsregelung für davon abweichende Vorgehensweisen interpretiert wurde, desto gravierender wird sich die neue Rechtslage auf die Praxis auswirken. Dies betrifft insbesondere die trägerübergreifende Zusammenarbeit. Denn der neue § 7 Abs. 2 SGB IX ist eindeutig: Er stellt die Verfahrensregelungen der Kapitel 2–4 abweichungsfest gegenüber den einzelnen Leistungsgesetzen, also auch gegenüber dem Recht der Eingliederungshilfe. Kapitel 4 ist sogar „doppelt abweichungsfest“, denn auch durch Landesrecht kann nicht davon abgewichen werden. Das bedeutet, dass die Träger der Eingliederungshilfe (spätestens jetzt) konsequent als weiterer Reha-Träger zu begreifen sind, da auch für sie diese Regelungen im Allgemeinen Teil des SGB IX verbindlich gelten.

Als „Prozessverantwortlichen“ für die trägerübergreifende Zusammenarbeit hat der Gesetzgeber die Rolle eines „leitenden Reha-Trägers“ nach § 14 ff. SGB IX als strukturierendes Element für den trägerübergreifenden Reha-Prozess

1) Der Artikel beruht auf ausführlicheren Darstellungen im Themenheft „Das Bundesteilhabegesetz zwischen Anspruch und Umsetzung“, Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 1/2019, S. 50–62.

2) Bundesteilhabegesetz – BTHG, Gesetz vom 23. Dezember 2016, BGBl. I S. 3234.

3) Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974, BGBl. I S. 1881.

4) Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ vom 1. August 2014 – mittlerweile ersetzt durch die neu erarbeitete Fassung, die zum 1. Dezember 2018 in Kraft getreten ist; Download unter www.bar-frankfurt.de.

5) Luik: Der Teilhabeplan – die „Roadmap“ zum Reha-Erfolg, Plädoyer für eine gesetzliche Klarstellung, in: Sozialrecht aktuell, Sonderheft 2014, S. 11 ff.

6) Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen vom 17. Juni 2009, <https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/dv-06-09.pdf> (5. Februar 2019).

Bernd Giraud ist Fachbereichsleiter Programme und Produkte und Vertreter der Geschäftsführerin bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR); **Marcus Schian**, Ass. Jur., ist Teamleiter Reha- und Teilhaberecht bei der BAR.

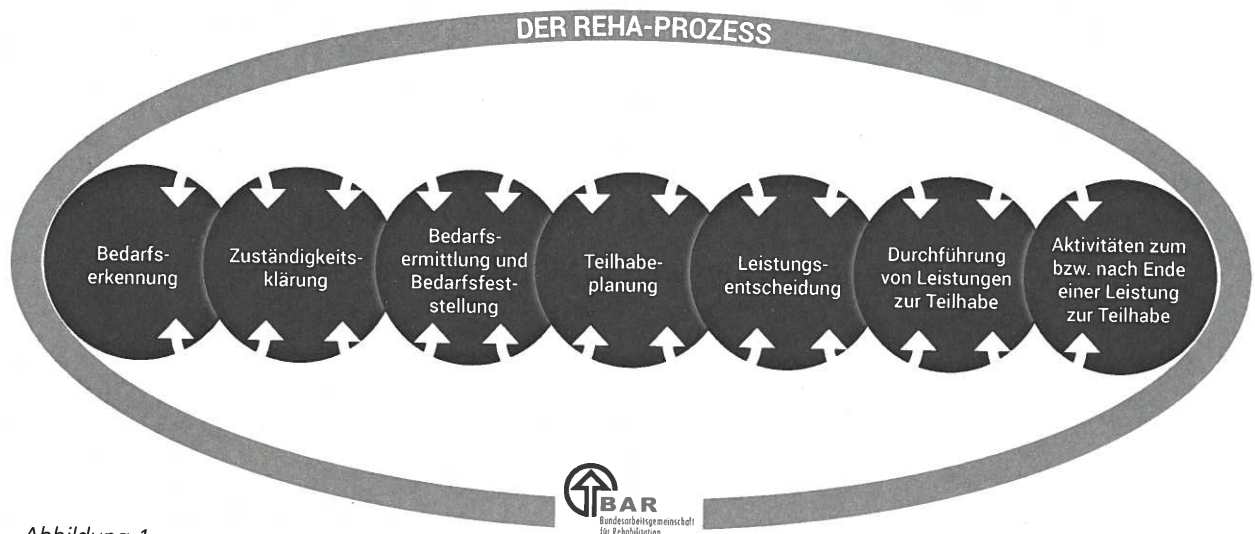


Abbildung 1

ausgeformt. Das Gesetz greift dabei sowohl in der Struktur der Kapitel 2–4 als auch in inhaltlicher Hinsicht das 2014 auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in einer GE entwickelte Konstrukt „Reha-Prozess“ auf, einschließlich der dort erzielten Vereinbarungen zur Teilhabeplanung. Dieses Konstrukt „Reha-Prozess“ resultierte aus der Einsicht, dass Zusammenarbeit umso besser gestaltet werden kann, wenn über wesentliche Kernelemente und Handlungsschritte der Rehabilitation ein trägerübergreifend einheitliches Verständnis etabliert ist.

Die in der GE „Reha-Prozess“ erzielten Verständigungen sowie die Konkretisierungen allgemeiner gesetzlicher Vorgaben stehen für die Bereitschaft der Vereinbarungspartner, den Reha-Prozess sowohl als trägerübergreifenden, kooperativen Kommunikationsprozess als auch als Verwaltungsprozess zu gestalten. In der Konsequenz werden die in der GE erzielten Ergebnisse nicht zuletzt wegen der Vereinbarungspartnerschaft der Kriegsopferversorgungsfürsorge sowie der nach § 26 Abs. 5 Satz 2 SGB IX gesetzlich geregelten Orientierungspflicht der Eingliederungshilfe und Jugendhilfe über die Sozialversicherung hinaus für alle Sozialleistungsträger Auswirkungen haben.

Genau diese zusätzlichen Impulse sind für die Zusammenarbeit aller Sozialleistungsträger auch notwendig, um die Teilhabe von Menschen mit (drohender) Behinderung zu sichern. Denn deren Bedarfe sind am Anfang des Reha-Prozesses nicht danach sortiert, welcher Träger mit welcher Teilhabeleistung am Ende welchen Bedarf abdecken kann und wie er bisher dabei planerisch vorging. Der daraus resultierende Handlungsdruck gilt auch und gerade für Leistungsberechtigte, die sowohl Leistungen der Sozialversicherung als auch der Eingliederungshilfe bzw. Jugendhilfe benötigen. Dadurch rückt die Frage der tatsächlichen (fallbezogenen) Zusammenarbeit aller Trägerbereiche in den Vordergrund und die Planung der Teilhabe nimmt dabei eine besondere Funktion ein. Dass

und wie dies nicht nur idealtypisch, sondern auch unter real existierenden Bedingungen funktionieren kann, hat zuletzt ein von der BAR mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) im November 2018 beim Bundessozialgericht in Kassel ausgerichtetes Workshop mit Praktikern der verschiedenen Reha-Träger deutlich gemacht.

Für die Einordnung der Teilhabeplanung als Phase bzw. Element des Reha-Prozesses ist eine Vergewisserung über das dahinterliegende Prozessmodell hilfreich. Dieses Modell beschreibt einen idealtypischen Reha-Prozess, der nunmehr aus insgesamt sieben Phasen/Elementen besteht (siehe Abbildung 1).

Wichtig für das Grundverständnis ist, den Reha-Prozess nicht als einmalig ablaufendes, lineares Modell bzw. als Prozesskette mit streng getrennten Prozessphasen zu betrachten. Die GE legt Wert darauf, dass diese Phasen bzw. Elemente oftmals ineinandergreifen, und verbindet so kausale Betrachtungen mit Wechselwirkungen. Mit einem solchen Verständnis stellen dann z.B. Anpassungen eines Teilhabeplans keine Störungen im Prozess dar, sondern sind Ausdruck der Möglichkeit, auf veränderte Lebenssituationen und Bedarfslagen von Menschen mit Behinderung adäquat zu antworten.

Es liegt auf der Hand: Ein solcher Reha-Prozess ist vor allem ein ständiger Kommunikationsprozess, dessen Gelingen auch von erfolgreicher Kommunikation und qualifizierter Beratung abhängt. Und tatsächlich sind die neuen Regelungen im SGB IX voll von Informations-, Kontakt-, Beteiligungs- und Beratungspflichten. Es liegt aber auch auf der Hand: Ein solcher Reha-Prozess bestimmt das Verwaltungshandeln aller beteiligten Sozialleistungsträger. Dazu tragen insbesondere die Pflicht der umfassenden Bedarfsfeststellung, die Formen der Beteiligung nach § 15 SGB IX sowie die Verantwortung für die Teilhabeplanung wesentlich bei.

Als Zwischenfazit lässt sich festhalten: Ein erfolgreicher Reha-Prozess braucht oft eine solide Teilhabeplanung als Kernelement, um die Teilhabeziele des/der Leistungsberechtigten zu erreichen. Gleichzeitig ermöglicht er rechtssicheres Handeln aller beteiligten Sozialleistungsträger innerhalb enger Fristen.

3. Ziele und Grundsätze der Teilhabeplanung

Die GE Reha-Prozess ordnet die Ziele und Grundsätze der Teilhabeplanung in den doppelten Kontext eines Kommunikations- und Verwaltungsprozesses ein. Nach § 48 GE Reha-Prozess lassen sich insbesondere folgende Ziele für die Teilhabeplanung konkretisieren:

- Erreichen einer vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe,
- Abstimmen und Ausrichten der Leistungen, sodass das Verfahren insgesamt nahtlos, zügig, zielorientiert und wirtschaftlich abläuft,
- einheitliche Praxis des Feststellens und Durchführens von Teilhabeleistungen,
- Koordinieren von Leistungen und Stärken der Kooperation der Leistungsträger.

Damit diese Ziele auch erreicht werden können, haben sich die Vereinbarungspartner auf folgende Grundsätze der Teilhabeplanung verständigt (§ 49 GE Reha-Prozess):

- Teilhabeplanung erfolgt immer abgestimmt mit den Leistungsberechtigten; Beratung und aktives Einbeziehen berücksichtigt ihre individuellen Erfordernisse;
- transparentes, individuelles, lebensweltbezogenes und zielorientiertes Vorgehen;
- konsensorientierte Prozessgestaltung;
- Planung erfolgt unverzüglich und im Benehmen der beteiligten Leistungsträger;
- Teilhabeplan ist Grundlage für Entscheidungen über Teilhabeleistungen und dient der Steuerung des Reha-Prozesses;
- Berücksichtigen weiterer Sozialleistungen im Teilhabeplan, falls erforderlich.

4. Verfahren

4.1 Verantwortlichkeit für die Teilhabeplanung

Verantwortlich für die Teilhabeplanung ist grundsätzlich der nach § 14 SGB IX festgelegte „leistende Reha-Träger“ (§ 19 Abs. 1 SGB IX). Allerdings kann auch ein nach § 15 SGB IX beteiligter Reha-Träger die Verantwortlichkeit für die Teilhabeplanung übernehmen, vgl. § 19 Abs. 5 SGB IX. In § 52 der GE Reha-Prozess haben die Reha-Träger diese Zuordnung der Planungsverantwortung nachgezeichnet

und zudem mit Blick auf die Umsetzung näher konkretisiert, unter Berücksichtigung der Vereinbarungen zur trägerübergreifenden Bedarfsermittlung und -feststellung gemäß § 15 SGB IX.

4.2 Einleitung und Durchführung der Teilhabeplanung

Nach dem Gesetz ist eine Teilhabeplanung durchzuführen, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt: Leistungsgruppenmehrheit (§ 19 Abs. 1 Satz 1 1. Alt. SGB IX), Trägermehrheit oder Wunsch der/des Leistungsberechtigten. Die Reha-Träger haben sich darauf geeinigt, dass die ersten beiden Voraussetzungen bereits dann erfüllt sind, wenn dazu ein „Anlass zur Annahme“ besteht (vgl. § 51 Abs. 1 Satz 2 GE Reha-Prozess).

Das Verfahren beginnt, indem der für die Teilhabeplanung verantwortliche Reha-Träger die anderen beteiligten Träger unverzüglich über seine Absicht, eine Teilhabeplanung durchzuführen, unterrichtet. Dabei teilt er ihnen den Anlass und die Ziele der seinerseits bereits absehbaren Leistungen zur Teilhabe mit und macht die für deren Mitwirkung notwendigen Angaben (§ 53 Abs. 1 GE Reha-Prozess). Bei Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen in den Vorschriften des § 22 SGB IX beteiligt der verantwortliche Reha-Träger zudem die dort genannten weiteren Stellen, z.B. Jobcenter, Pflegekasse, gesetzliche/r Betreuer/in. Die Teilhabeplanung erfolgt nach § 19 Abs. 1 SGB IX „in Abstimmung“ mit dem/der Leistungsberechtigten.

Soweit in die Teilhabeplanung Reha-Träger einbezogen sind, die nach § 15 SGB IX beteiligt sind, sind für deren Rückmeldungen an den für die Teilhabeplanung verantwortlichen Träger Fristen hinterlegt: Laut Gesetz müssen die nach § 15 Abs. 2 SGB IX beteiligten Reha-Träger binnen 14 Tagen nach Aufforderung ihre Feststellungen mitteilen. Geschieht dies nicht, stellt der verantwortliche Träger die erforderlichen Leistungen selbst fest. Auch in den Fällen des sog. „Antragssplittings“ nach § 15 Abs. 1 SGB IX ist eine Teilhabeplanung innerhalb der Fristen des § 15 Abs. 4 SGB IX zu gewährleisten. In § 53 Abs. 2 GE Reha-Prozess ist daher eine Frist für die Rückmeldung des Splitting-Adressaten hinterlegt. Die Reha-Träger haben sich zudem darauf verständigt, dass auf berechtigten Wunsch des Leistungsberechtigten auch behandelnden Ärzten und weiteren Sachverständigen die Möglichkeit eingeräumt werden soll, an der Teilhabeplanung beteiligt zu werden (§ 53 Abs. 4 GE Reha-Prozess).

Auf Basis der eingegangenen Rückmeldungen und sämtlicher vorliegender Unterlagen erstellt der verantwortliche Reha-Träger den Teilhabeplan. Der Teilhabeplan enthält neben den in § 19 Abs. 2 Satz 2 SGB IX genannten Angaben vier weitere im Teilhabeplan ausdrücklich aufzuführende Inhalte, vgl. § 55 Abs. 3 Satz 1 Nr. 12 bis 15 GE Reha-Prozess. Sollte es über die Inhalte des Teilhabeplans kein Einvernehmen zwischen Rehabilitationsträgern und Leistungsberechtigten geben, ist dies dokumentieren.⁷

⁷ Für alle drei Prozessschritte stehen Mustervordrucke zur Verfügung (vgl. Anlage 6 zur GE Reha-Prozess).

4.3 Teilhabekonferenz

Mit Zustimmung des/der Leistungsberechtigten kann der verantwortliche Träger eine Teilhabekonferenz durchführen, in der Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf mit allen Beteiligten gemeinsam beraten werden. In § 58 Abs. 3 GE Reha-Prozess haben die Reha-Träger Voraussetzungen benannt, unter denen eine Teilhabekonferenz regelmäßig durchgeführt werden soll. Eine Teilhabekonferenz kann nach § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB IX von den beteiligten Reha-Trägern, von den Jobcentern oder von der/dem Leistungsberechtigten vorgeschlagen werden. Die Reha-Träger haben sich in § 58 Abs. 4 GE Reha-Prozess zudem darauf verständigt, dass mit Zustimmung des/der Leistungsberechtigten auch Leistungserbringer, Integrationsämter und gesetzliche Betreuer/innen eine Teilhabekonferenz vorschlagen können.

In jedem Fall ist der/die Leistungsberechtigte zuvor zu informieren und anzuhören, wenn trotz seines/ihrer Vorschlags keine Teilhabekonferenz durchgeführt werden soll. An der Teilhabekonferenz nehmen der Leistungsberechtigte und die beteiligten Reha-Träger teil, auf Wunsch des Leistungsberechtigten zudem Bevollmächtigte und Beistände nach §§ 12 u. 13 SGB X sowie sonstige Vertrauenspersonen. Darüber hinaus können auf Wunsch oder mit Zustimmung die nach § 22 SGB IX in die Teilhabekonferenz einbezogenen Stellen sowie Leistungserbringer an der Teilhabekonferenz teilnehmen; Jobcenter haben ein eigenes Vorschlagsrecht für ihre Teilnahme. Unter bestimmten Voraussetzungen können mit Zustimmung der/des Leistungsberechtigten auch Leistungserbringer ihre Teilnahme vorschlagen (§ 59 Abs. 3 GE Reha-Prozess). Die Teilhabekonferenz wird vom verantwortlichen Reha-Träger rechtzeitig angekündigt und vorbereitet, für den Leistungsberechtigten ist die Teilnahme kostenfrei (Einzelheiten vgl. § 60 Abs. 1 und 2 GE Reha-Prozess).

4.4 Form und Rechtscharakter des Teilhabepplans

Der Teilhabepplan ist schriftlich zu erstellen (§ 19 Abs. 1 SGB IX) und ist kein Verwaltungsakt (BT-Drs. 18/9522, S. 239), sondern fachliche Grundlage für die Steuerung des Rehabilitationsprozesses. Die Rehabilitationsträger legen den Teilhabepplan ihren Entscheidungen über Anträge auf Leistungen zur Teilhabe zugrunde. Die Begründung der jeweiligen Entscheidung muss erkennen lassen, dass und wie die im Teilhabepplan enthaltenen Feststellungen berücksichtigt wurden (§ 19 Abs. 4 SGB IX i.V.m § 57 GE Reha-Prozess). Ein fehlender oder fehlerhafter Teilhabepplan wird im Streitfall dahingehend gewürdigt, ob die einer Leistungsentscheidung zugrunde liegenden Bedarfsfeststellungen hinreichend (BT-Drs. 18/9522, S. 239: „wertbar“) waren.

4.5 Umsetzung und Anpassung des Teilhabepplans

Die Umsetzung der Teilhabekonferenz steht und fällt damit, dass sich alle Beteiligten daran ausrichten und auf etwaige Veränderungen reagieren. Vor diesem Hintergrund haben die Rehabilitationsträger vereinbart, dass der Teilhabepplan nicht nur dem/der Leistungsberechtigten, sondern auch – mit Einwilligung des Leistungsberechtigten – allen beteiligten Stellen zur Verfügung gestellt wird (§ 61 Abs. 1 GE

Reha-Prozess). Der für die Teilhabekonferenz verantwortliche Reha-Träger wirkt auch auf die Umsetzung der Teilhabekonferenz hin. Ist für die Zielerreichung der Teilhabekonferenz eine Anpassung des Plans (vgl. § 63 GE Reha-Prozess) erforderlich, stimmt er dies mit dem/der Leistungsberechtigten unter Einbeziehung der beteiligten Reha-Träger ab.

Teilhabekonferenz ist ein Kommunikationsprozess und als solcher ohne Erhebung und Übermittlung von Informationen/Daten nicht möglich. Deshalb sind auch die Vorgaben des (Sozial-)Datenschutzrechts zu beachten, die sich ebenfalls 2018 mit Wirksamwerden der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zumindest in ihrer Systematik geändert haben. Festzuhalten ist, dass die Teilhabekonferenz jedenfalls mit Blick auf den neuen § 7 Abs. 2 SGB IX eine gesetzliche „Aufgabe“ im Sinne des Sozialdatenschutzrechts ist und mithin die hierfür erforderliche Datenverarbeitung grundsätzlich zulässig, vgl. insb. Art. 6 Abs. 1 lit c) EU-DSGVO. Die Reha-Träger befassen sich derzeit in einer Projektgruppe auf Ebene der BAR mit einer Klärung der für die Umsetzung der Teilhabekonferenz zentralen datenschutzrechtlichen Fragestellungen. Für das genaue Verständnis der Aufgabe „Teilhabekonferenz“ und die für ihre Umsetzung erforderlichen Schritte wird dabei auch auf die in Umsetzung des gesetzlichen Auftrags aus § 26 SGB IX trägerübergreifend vereinbarten Konkretisierungen in der GE Reha-Prozess zurückgegriffen.

5. Verknüpfung mit der Gesamtplanung

Auch das Planungsinstrument im Recht der Eingliederungshilfe, der Gesamtplan, wurde durch das BTHG umfassend neu aufgestellt, vgl. §§ 117–122 SGB IX. Die neuen Vorschriften gelten allerdings erst ab 2020, zuvor sind jedoch entsprechende Änderungen in §§ 141–151 SGB XII verankert. Einzelheiten zur Gesamtplanung können der Orientierungshilfe der BAGüS entnommen werden.⁸ Nachfolgend werden die Parallelen und Unterschiede sowie die Verknüpfung der Planungsinstrumente Gesamtplan und Teilhabepplan kurz dargestellt.⁹

5.1 Unterschiede und Parallelen zwischen Gesamtplanung und Teilhabekonferenz

Anders als die Teilhabekonferenz ist die Gesamtplanung bei Leistungen der Eingliederungshilfe regelhaft durchzuführen (vgl. auch § 104 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Manche der grundsätzlichen gesetzlichen Vorgaben zum Gesamtplanverfahren (§ 117 Abs. 1 SGB IX) sind für die Teilhabekonferenz in den §§ 19 ff. SGB IX nicht ausdrücklich hinterlegt. Dies gilt z.B. für die nach § 117 Abs. 1 Nr. 3 genannten Kriterien wie „transparent“, „individuell“, „trägerübergreifend“ usw. Zu beachten ist jedoch, dass die trägerübergreifenden Vereinbarungen zu Grundsätzen für Instrumente der Bedarfsermittlung (§§ 35–46 GE Reha-Prozess) und zur Teilhabekonferenz vergleichbare Maßstäbe enthalten.

8) http://www.lwl.org/spur-download/bag/02_2018an.pdf (10. Dezember 2018).

9) Schubert, M./ Schian, M.: Teilhabekonferenz und Gesamtplanung im BTHG: Grundzüge und offene Fragen, in: RP Reha, 2016, H. 4, S. 35–41.

Für den Gesamtplan selbst sind allerdings weitere Vorgaben gesetzlich hinterlegt, die sich so für die Teilhabeplanung weder im Teil 1 des SGB IX noch in der GE Reha-Prozess finden, so z.B. Kriterien für die Wirkungskontrolle.

Unterschiede bestehen auch hinsichtlich der Beteiligung anderer Stellen bei der Gesamtplanung. Pflegekassen bzw. Träger der Hilfe zur Pflege, auch Träger der Hilfe zum Lebensunterhalt sind z.B. bei entsprechenden Anhaltspunkten immer zu beteiligen.

Die Gesamtkonferenz (vgl. § 119 SGB IX) ist unter ähnlichen Voraussetzungen wie die Teilhabeplankonferenz durchzuführen. Allerdings sind die gesetzlichen Vorgaben für die Beratungsinhalte der Gesamtkonferenz detaillierter. So ist u.a. eine Beratung der Wünsche der/des Leistungsberechtigten ausdrücklich vorgesehen. Letzteres findet sich allerdings auch in den trägerübergreifenden Verständigungen zur Teilhabeplanung nach §§ 50 und 6 GE Reha-Prozess wieder.

In formaler Hinsicht ist ein wesentlicher Unterschied die Teilhabezielvereinbarung (§ 122 SGB IX) zwischen Eingliederungshilfeträger und Leistungsberechtigten bzgl. der (Teil-)Umsetzung der Mindestinhalte des Gesamtplans. Der Gesamtplan wird dem/der Leistungsberechtigten auch laut Gesetz regelhaft zur Verfügung gestellt. Während der Teilhabeplan nur aus gegebenem Anlass angepasst wird, ist für den Gesamtplan gesetzlich alle zwei Jahre eine Überprüfung und ggf. Fortschreibung vorgesehen. Die Verknüpfung mit der Leistungsentscheidung ist nach § 120 SGB IX für den Gesamtplan unmittelbarer als für den Teilhabeplan nach § 19 Abs. 4 SGB IX.

5.2 Verbindungen zwischen Gesamtplanung und Teilhabeplanung

Wegen § 7 Abs. 2 SGB IX gehen die Regelungen zum Teilhabeplanverfahren denen zum Gesamtplanverfahren vor. Liegen die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 SGB IX vor, ist das Gesamtplanverfahren Bestandteil des Teilhabeplanverfahrens (vgl. § 21 SGB IX). Dabei gelten die Vorschriften zur Gesamtplanung und zur Hilfeplanung ergänzend zu denen der Teilhabeplanung. Abweichende Regelungen sind allerdings wegen § 7 SGB IX nicht möglich.

Ist der Träger der Eingliederungshilfe nach § 15 SGB IX am Verfahren beteiligt, soll er dem leistenden Reha-Träger und dem/der Leistungsberechtigten anbieten, die Teilhabeplanung zu übernehmen (§ 119 Abs. 3 Satz 2 SGB IX). Über diese gesetzlichen Verknüpfungsregelungen hinaus haben sich die Reha-Träger darauf verständigt, dass ein Teilhabeplan u.a. mit einem bereits vorhandenen Gesamtplan in Einklang zu bringen ist (§ 56 GE Reha-Prozess). Ist der Eingliederungshilfeträger für die Teilhabeplanung verantwortlich, verbindet er die Teilhabeplankonferenz mit der Gesamtkonferenz (§ 119 Abs. 3 Satz 1 SGB IX i.V.m. § 60 Abs. 4 GE Reha-Prozess). Schließlich gilt für die Anpassung nach trägerübergreifendem Verständnis: Sind Leistungen zur Teilhabe der Eingliederungshilfe Bestandteil der Teilhabeplanung und stehen sie in zeitlichem oder inhaltlichem Zusammenhang, kann der Gesamtplan inso-

weit nur im Benehmen mit dem für die Teilhabeplanung verantwortlichen Rehabilitationsträger geändert werden (§ 64 Abs. 3 GE Reha-Prozess).

5.3 Bleibende Herausforderungen

Die Regelungen in der GE Reha-Prozess und die Darstellungen in der Orientierungshilfe der BAGüS sind in den Formulierungen noch nicht so aufeinander abgestimmt, dass Missverständnisse ausgeschlossen sind. Dies ist insbesondere bedingt durch den hohen Zeitdruck bei der Umsetzung des BTHG und die unterschiedlichen und jeweils intensiven Abstimmungsmechanismen. Nicht umsonst ist deshalb die weitere Schärfung des Verhältnisses zwischen Teilhabeplanung und Gesamtplanung als eines der vorrangig anzugehenden Themen trägerübergreifender Abstimmungen in § 89 der GE Reha-Prozess ausdrücklich hinterlegt. Dies wird sich mit zunehmender Praxis noch deutlicher zeigen.

6. Fazit und Ausblick

Teilhabeplanung ist machbar. Das gilt auch für die Verknüpfung von Teilhabeplan und Gesamtplan. Teilhabeplanung will gelernt sein und kann gelernt werden. Dazu braucht es Haltung, Wissen, Erfahrung, Unterstützung und Ressourcen.

Für die trägerübergreifende Zusammenarbeit braucht es als Unterstützung auffindbare und verlässliche Netzwerkpartner – vor Ort und bundesweit, je nach Aufstellung in den einzelnen Trägerbereichen und trägerübergreifenden Fallkonstellationen. Die gesetzlich eher unbestimmten Regelungen für Ansprechstellen nach § 12 SGB IX können dafür ein Ansatzpunkt sein. Die Mitglieder der BAR haben sich daher entschlossen, ein bundesweites und trägerübergreifendes Verzeichnis der Ansprechstellen zu entwickeln.

Teilhabeplanung ist individuell und daher im „Massengeschäft“ vieler Träger eine Herausforderung. Über Modelle des Fall- bzw. Casemanagements kann es gelingen, die richtigen „Fälle“ zu identifizieren, für die eine Teilhabeplanung bzw. eine Teilhabeplankonferenz notwendig und hilfreich ist. Professionelles Handeln braucht Standards und eine stärkere Adressatenorientierung bei Sozialleistungsträgern.¹⁰ Dass sich die Beratungslandschaft deutlich verändert, ist auch eine direkte Folge aus den Neuregelungen des BTHG.¹¹

Ein Gesetz und eine Gemeinsame Empfehlung sind gleichzeitig alles und nichts. Entscheidend ist, was die Adressat/innen der Regelungen daraus machen. Angesprochen sind dafür zunächst die Führungskräfte und Entscheider/innen bei allen Sozialleistungsträgern. Denn die Teilhabeplanung und die fallbezogene Ausgestaltung des Reha-Prozesses betreffen interne Geschäftsprozesse und damit auch Ressourcenfragen einschließlich der

10) Vgl. dazu „Trägerübergreifende Beratungsstandards – Handlungsempfehlungen zur Sicherstellung guter Beratung in der Rehabilitation“ vom 1. November 2015. Kostenlos zu beziehen unter bar-frankfurt.de.

11) Giraud, B./Penstorff, C.: Beraten im Reha-Prozess. Das Bundesteilhabegesetz verändert die Beratungslandschaft, in: RP Reha 2018, H. 1, S. 36–44.

Qualifizierung und des Einsatzes von Fachkräften. Zur Unterstützung bei der Anwendung und Umsetzung wird die BAR mit ihren Mitgliedern und weiteren Expert/innen konkrete Angebote für die Praxis entwickeln. Dazu gehören beispielsweise eine Veröffentlichung „Teilhabepan kompakt“, eine Arbeitshilfe zu datenschutzrechtlichen Aspekten des Reha-Prozesses, ein Fristenrechner, ein Zuständigkeitsnavigator sowie Formulare, Infografiken und Rollen-

beschreibungen zur Ausgestaltung des Reha-Prozesses. Mit Fort- und Weiterbildungsangeboten sollen Orientierungswissen vermittelt und der trägerübergreifende Austausch gestärkt werden. Eine Herausforderung im neuen Schwerpunktprogramm 2019–2021 der BAR wird auch die Entwicklung eines gemeinsamen Grundantrages auf Teilhabeleistungen sein. ■

Neuaufgabe

Recht der Pflege

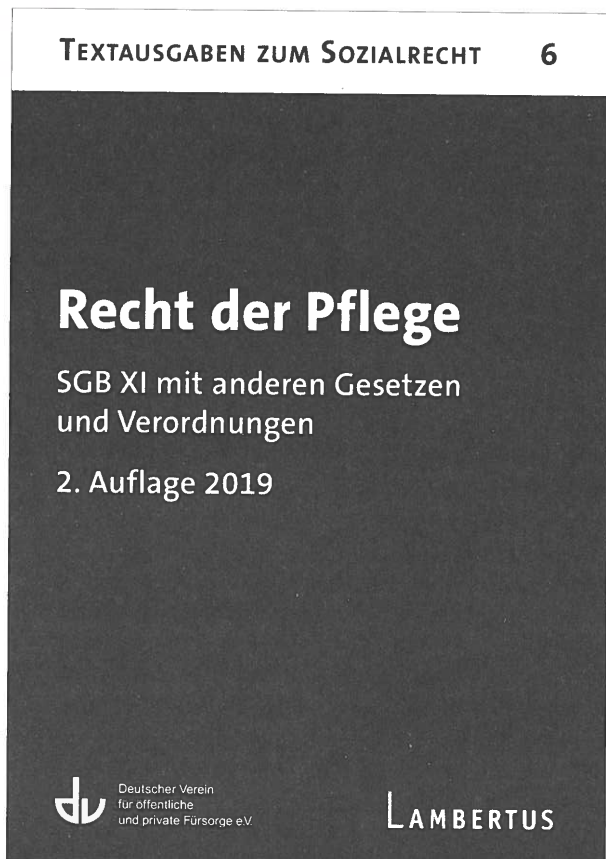
SGB XI mit anderen Gesetzen und Verordnungen

Herausgegeben vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. und Lambertus-Verlag.
 2. Auflage 2019; 672 Seiten; kart., 15,90 €; für Mitglieder des Deutschen Vereins 12,90 €
 ISBN 978-3-7841-2789-7

Diese neu bearbeitete Ausgabe enthält den Text des Sozialgesetzbuches Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) – vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch Art. 11 des Fünften Gesetzes zur Änderung des Elftes Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung (5. SGB XI-ÄndG) vom 17. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2587).

Bei den weiteren Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien wurde jeweils der aktuelle Stand berücksichtigt.

Stand: 1. Januar 2019



Jetzt alle Bücher versandkostenfrei bestellen unter:
www.verlag.deutscher-verein.de