

Roland Rosenow*

Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes auf die Kinder- und Jugendhilfe ab 1.1.2018

Die Darstellung von Auswirkungen des BTHG auf das SGB VIII erfordert zunächst einen Blick auf die gegenwärtige Rechtslage. Die Praxis tut sich auch 16 Jahre nach Inkrafttreten des SGB IX mit dem übergreifenden Recht der Teilhabeleistungen schwer. Viele Vorschriften, wie zB die Vorgaben zu Verträgen mit Leistungserbringern (§ 21 SGB IX aF, § 38 SGB IX nF), finden oft keine Beachtung. Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden zunächst die Entstehungsgeschichte des alten Rechts in Erinnerung gerufen, um dann auf zentrale Änderungen, die zum 1.1.2018 in Kraft treten, einzugehen.

I. Rechtslage vor dem BTHG

Das Recht der Teilhabeleistungen für Menschen mit Behinderung wurde durch das am 1.7.2001 in Kraft getretene SGB IX zusammengefasst und weiterentwickelt. Bereits das zum 1.1.1976 in Kraft getretene SGB I legte in § 10 die „Eingliederung Behinderter“ als eigenständige Aufgabe des Sozialgesetzbuchs fest. Das 1990/1991 in Kraft getretene SGB VIII umfasste zunächst keine Leistungen zur „Eingliederung Behinderter“ iSv § 10 SGB I. Bereits mit dem ersten SGB VIII-Änderungsgesetz vom 16.3.1993¹ wurde jedoch § 35a SGB VIII eingefügt. Die Vorschrift übernahm den Begriff der „Eingliederungshilfe“, der im Bundessozialhilfegesetz (BSHG)² 1962 erstmals Verwendung gefunden hatte. Der darin enthaltene Begriff der „Eingliederungshilfe“ geht wiederum auf das Körperbehindertengesetz von 1957 zurück,³ das durch die sozialhilferechtliche Eingliederungshilfe nach dem BSHG abgelöst wurde.

Auf verfassungsrechtlicher Ebene kam der Wandel des gesellschaftlichen Verständnisses von Behinderung, der in den Achtzigern an Fahrt aufgenommen hatte, durch die zum 15.11.1994 in Kraft getretene Ergänzung von Art. 3 Abs. 3 GG um den Satz „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“⁴ zum Ausdruck. Behinderung wurde nicht mehr als individuelles Schicksal, sondern als soziales Phänomen verstanden, das im Zusammenwirken von persönlichen Beeinträchtigungen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen entsteht.

Ein Verständnis von Behinderung als Mangel an Teilhabe, der aus der Wechselwirkung einer individuellen Abweichung von als normal geltenden körperlichen, geistigen und seelischen Eigenschaften einerseits und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen andererseits resultiert, wurde schließlich zum 1.7.2001 mit der gesetzlichen Definition des Behinderungsbegriffs in § 2 SGB IX Grundlage des Rechts der Teilhabeleistungen. Danach sind Menschen behindert,

„wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“.

Im SGB VIII wurde dieser Paradigmenwechsel nachvollzogen: Mit dem Inkrafttreten des SGB IX wurde nämlich zu-

* Der Verf. ist Referent für Sozialrecht beim Deutschen Caritasverband eV, Freiburg i. Br.

1 BGBl. 1993 I, 239, in Kraft getreten: 1.4.1993.

2 BGBl. 1961 I, 815.

3 BGBl. 1957 I, 147.

4 BGBl. 1994 I, 3136.

gleich die (drohende) seelische Behinderung von Kindern und Jugendlichen eigenständig definiert – und zwar orientiert am sozialen Modell von Behinderung.⁵ Die sozialhilfrechtliche Eingliederungshilfe behielt den Behinderungs-begriff des § 39 BSHG (ab 1.1.2005: § 53 SGB XII) in Verbindung mit der Eingliederungshilfeverordnung bis heute bei. Der Begriff ist jedoch iSv § 2 SGB IX auszulegen.⁶

Die Eingliederungshilfe in der Kinder- und Jugendhilfe ist damit seit dem 1.7.2001 von einer doppelten Verweisung geprägt: § 35a Abs. 3 SGB VIII verweist auf §§ 53 ff SGB XII, die ihrerseits auf die Vorschriften des SGB IX verweisen.

Der Träger der Kinder- und Jugendhilfe ist nach § 6 Nr. 6 SGB IX Rehabilitationsträger für die Leistungsgruppen Nr. 1 (Medizinische Rehabilitation), Nr. 2 (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) und Nr. 4 (Leistungen zur Teilhabe am Leben der Gemeinschaft) nach § 5 SGB IX. Insoweit gilt der erste Teil des SGB IX für ihn als übergreifender Teil des Sozialgesetzbuchs. § 7 SGB IX regelt das Verhältnis der einzelnen Leistungsgesetze (bspw des SGB VIII) zum ersten Teil des SGB IX. Danach gelten die Vorschriften des SGB IX für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Die Regelungen der Leistungsgesetze und damit auch des SGB VIII gehen bislang den Regelungen des SGB IX also stets vor. Das ändert sich jedoch zum 1.1.2018 (s. II. 1.).

Der Regelungsinhalt des § 35a Abs. 3 SGB VIII ist aufgrund der komplexen Verweise nur mühsam zu erschließen. Die Norm verweist auf Vorschriften des Kap. 6 SGB XII (Eingliederungshilfe). Diese verweisen ihrerseits auf die Vorschriften des SGB IX insgesamt (§ 53 Abs. 4 S. 1 SGB XII), die Vorschriften zu den Leistungsgruppen (§ 54 Abs. 1 SGB XII) und die Vorschriften zum persönlichen Budget (§ 57 SGB XII). Daneben erfasst der Verweis auf § 54 SGB XII natürlich auch die Leistungen, die in § 54 Abs. 1 S. 1 Nr. 1–5 SGB XII ausdrücklich genannt sind, und den Verweis auf § 54 Abs. 1 S. 2 SGB XII.

Dieser Satz 2 begrenzt den eingliederungshilferechtlichen Anspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation (nach § 5 SGB IX Leistungsgruppe 1) und auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (nach § 5 SGB IX Leistungsgruppe 2) auf den Umfang der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit. Der Inhalt des Satzes 2 ist nur zu erschließen, wenn die entsprechenden Regelungen des SGB V und des SGB III einbezogen werden, für die im Gegensatz zur Eingliederungshilfe der Bedarfsdeckungsgrundsatz nicht gilt. Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, auf die nach diesen Vorschriften bei sachlicher Zuständigkeit der Krankenkasse oder der Bundesagentur für Arbeit kein Anspruch besteht, sind bei sachlicher Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers oder des Jugendamts auch von der Eingliederungshilfe nach SGB XII und SGB VIII ausgeschlossen. Das gilt aber nach der Rechtsprechung des BSG jedenfalls für Leistungen der medizinischen Rehabilitation dann nicht, wenn sie zugleich als Leistungen zur sozialen Teilhabe zu verstehen sind.⁷ Wegen der großen

Schnittmenge von medizinischer Rehabilitation und sozialer Teilhabe begrenzt das die Reichweite des Leistungsausschlusses nach § 54 Abs. 1 S. 2 SGB XII erheblich. So sind zB Hilfsmittel wie Therapietandems, bestimmte Rollstühle und andere Mobilitätshilfen, aber Therapieformen wie zB Reittherapie, für die die gesetzliche Krankenversicherung nicht aufkommt, ggf als Leistungen zur sozialen Teilhabe nach § 35a SGB VIII iVm § 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII und § 55 SGB IX aF/§ 113 SGB IX nF zu gewähren.

Auf diesen Zusammenhang wird hier auch deshalb hingewiesen, weil der Referentenentwurf für das BTHG vorsah, alle Leistungen zur sozialen Teilhabe auszuschließen, die auch als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leistungen zur Teilhabe an Bildung verstanden werden können (§ 102 Abs. 2 S. 2 SGB IX RefE). Dieser Satz wurde im Regierungsentwurf gestrichen. Damit gilt, was oben dargelegt wurde, auch nach 2020.

Schließlich darf nicht unerwähnt bleiben, dass die einfachgesetzlichen Vorschriften der Eingliederungshilfe im Licht der UN-BRK auszulegen sind, die in Deutschland am 26.3.2009 in Kraft trat. Die Vorschriften der UN-BRK sind nach Maßgabe der Rechtsprechung des BVerfG bei der Auslegung der Vorschriften des SGB VIII zu beachten: Im Rahmen vertretbarer Auslegung sind diese konventionskonform auszulegen, soweit der Anwendungsbereich der Konvention eröffnet ist. Das ist immer dann der Fall, wenn die Rechte von Menschen mit Behinderung oder von Menschen, die von einer Behinderung bedroht sind, berührt sind.⁸

II. Das Bundesteilhabegesetz

Das BTHG vom 23.12.2016⁹ fasst das SGB IX zum 1.1.2018 vollständig neu. Der erste Teil des SGB IX (Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen) wird umfassend reformiert. Der zweite Teil (Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen – Schwerbehindertenrecht), der für junge Menschen mit Behinderung ua wegen der Regelungen zum Schwerbehindertenausweis und zur kostenlosen Beförderung im ÖPNV eine Rolle spielt, wird zum dritten Teil und erfährt eine Reihe von Änderungen, die jedoch bei Weitem nicht so umfassend sind wie die Änderungen des ersten Teils. Im Zentrum des BTHG steht die Reform der Eingliederungshilfe. Zum 1.1.2020 löst das Gesetz die Eingliederungshilfe (SGB XII, Kap. 6) aus der Sozialhilfe heraus und ersetzt sie durch den neuen zweiten Teil des SGB IX. Die Struktur des Rechts der Teilhabeleistungen bleibt dabei erhalten: Im übergreifenden Teil 1 des SGB IX werden Regeln zum Verfahren normiert und die Rehabilitations- bzw Teilhabeleistungen konkretisiert. Dies ist für alle Rehabilitationsträger verbindlich. In Bezug auf

5 § 35a Abs. 1 SGB VIII idF SGB IX.

6 BSG 22.3.2012 – B 8 SO 30/10 R Rn. 18.

7 BSG 19.5.2009 – B 8 SO 32/07R (Hörgerätebatterien); vgl auch BVerfG 25.2.2009 – 1 BvR 120/09 (Elektrollstuhl); OVG Koblenz 15.6.2011 – 7 A 10420/11; BSG 17.12.2013 – B 1 KR 50/12 R.

8 BVerfG 14.10.2004 – 2 BvR 1481/04 (*Görgülü*); BVerfG 23.3.2001 – 2 BvR 882/09 (Zwangsbehandlung); iE *Rosenow* Die UN-BRK in der anwaltlichen Praxis, ASR 2015, 93.

9 BGBl. 2016 I, 3234.

die Konkretisierung der Leistungen können deren Leistungsgesetze Abweichendes bestimmen. Leistungsansprüche werden im Teil 1 des SGB IX nicht statuiert.

Wie bislang werden den unterschiedlichen Rehabilitationsträgern Leistungsgesetze zugeordnet. Der künftige Teil 2 des SGB IX ist wie die bisherige Eingliederungshilfe nach dem SGB XII solch ein eigenständiges Leistungsgesetz (§ 7 Abs. 1 S. 3 SGB IX nF). Es verhält sich zum ersten Teil des SGB IX genauso wie das SGB VIII und die anderen Leistungsgesetze der einzelnen Rehabilitationsträger. Die für den 1.1.2020 vorgesehene Neufassung des § 35a SGB VIII, die auf Vorschriften des zweiten Teils des SGB IX und damit auf ein anderes Leistungsgesetz verweist, ist daher systemwidrig. Systematisch richtig wäre es, die Verweisung auf den zweiten Teil des SGB IX vollständig durch unmittelbare Verweisungen auf den ersten Teil zu ersetzen.

1. Auswirkungen der Neufassung des ersten Teils des SGB IX auf die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe

Der erste Teil des SGB IX erfährt durch das BTHG eine umfassende Reform. Im Rahmen dieses Aufsatzes können nur einige zentrale Aspekte herausgegriffen werden.

Das Verfahren und die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger werden in vielen Aspekten neu gestaltet. § 14 führt den Begriff des „leistenden Rehabilitationsträgers“ ein. § 13 SGB IX nF schreibt vor, dass die Rehabilitationsträger Instrumente zur Bedarfsermittlung entwickeln. Nach § 14 Abs. 2 SGB IX nF sind diese Instrumente von allen Rehabilitationsträgern und damit auch von den Jugendämtern ab 1.1.2018 anzuwenden. Die Vorschriften zur Koordinierung der Leistungen mehrerer Rehabilitationsträger werden weiterentwickelt. Das Teilhabeplanverfahren wird neu geschaffen (§§ 19 ff SGB IX nF). Die gemeinsamen örtlichen Servicestellen der Rehabilitationsträger nach § 22 SGB IX aF werden abgeschafft. Stattdessen soll die „Position der Menschen mit Behinderungen im Verhältnis zu den Rehabilitationsträgern und den Leistungserbringern [...] durch eine ergänzende unabhängige Teilhabeberatung gestärkt werden“ (§ 32 SGB IX nF).¹⁰ Diese soll im Vorfeld der Beantragung von Leistungen informieren und beraten. Die Beratung Betroffener durch Betroffene soll hierbei besondere Berücksichtigung finden. Ein Anspruch auf unabhängige Teilhabeberatung besteht nicht. Die Leistung wird nach Zuwendungsrecht durch Bundesmittel finanziert. Die Beratungspflichten der Jugendämter bleiben unberührt.

Besonders zu beachten ist, dass diese Regelungen dem SGB VIII (wie allen anderen Leistungsgesetzen) künftig *vorgehen*. Auch nach neuem Recht bestimmt § 7 Abs. 1 SGB IX nF das Verhältnis zu den jeweiligen Leistungsgesetzen. Die Vorschrift wird jedoch um einen neuen Absatz 2 ergänzt. Danach gehen die Vorschriften der Kap. 2–4 (§§ 9–24 SGB IX nF) des ersten Teils den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen immer vor. Von den Vorschriften des Kap. 4 (§§ 14–24 SGB IX nF) kann auch durch Landesrecht nicht abgewichen werden. Auf einige der Vorschriften des Kap. 4, die den Jugendämtern nicht unerhebliche Änderungen ihrer Praxis abverlangen, wird im Folgenden eingegangen.

a) Feststellung des leistenden Rehabilitationsträgers

Das Prinzip, nach dem Leistungen nach Möglichkeit aus einer Hand zu gewähren sind, wird ab 1.1.2018 modifiziert. Der Rehabilitationsträger, bei dem ein Antrag auf Teilhabeleistungen zuerst gestellt wird, darf den Antrag nur noch dann an den nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger weiterleiten, wenn er für die Leistungen *insgesamt* nicht zuständig ist (§ 14 Abs. 2 SGB IX nF). Künftig wird ausdrücklich normiert, dass der Antragsteller über die Weiterleitung unterrichtet werden muss (§ 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX nF), was auch bislang eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein sollte. Für den Fall, dass Leistungen von Amts wegen zu erbringen sind, regelt das Gesetz nunmehr, dass die Vorschriften in gleicher Weise gelten. An die Stelle des Antrags tritt dann die Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs (§ 14 Abs. 4 SGB IX nF).

Der Rehabilitationsträger hat den Antrag unter Berücksichtigung des Meistbegünstigungsgrundsatzes und damit idR weit auszulegen.¹¹

Leitet der Rehabilitationsträger den Antrag nicht (insgesamt) weiter, wird er „leistender Rehabilitationsträger“ (§ 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX nF). Wenn mehrere Rehabilitationsträger beteiligt sind, ist der leistende Rehabilitationsträger für die Koordinierung der Leistungen verantwortlich.

Der leistende Rehabilitationsträger muss den Rehabilitationsbedarf innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang feststellen und die entsprechenden Leistungen erbringen (§ 14 Abs. 2 S. 2 SGB IX nF), soweit er den Antrag nicht nach § 15 Abs. 1 SGB IX nF an andere Rehabilitationsträger weitergeleitet hat. Die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs hat unter Beachtung der Verfahrensvorschriften des § 13 SGB IX (s. II. 1. d) zu erfolgen. Wenn ein Gutachten eingeholt werden muss, ist die Entscheidung innerhalb zweier Wochen nach Vorliegen des Gutachtens zu treffen (§ 14 Abs. 2 S. 3 SGB IX nF). Wenn diese Fristen nicht eingehalten werden, gelten künftig verschärfte Regelungen für die Erstattung der Kosten selbstbeschaffter Leistungen (§ 18 SGB IX nF), von denen der Träger der öffentlichen Jugendhilfe jedoch wie bislang ausgenommen ist (§ 15 Abs. 1 S. 5 SGB IX aF, § 18 Abs. 7 SGB IX nF). Damit gilt für den Fall der Selbstbeschaffung von Leistungen nach § 35a SGB VIII wie bislang auch § 36a Abs. 3 SGB VIII. Der Vorrang des Kap. 4 des ersten Teils des SGB IX greift insoweit also nicht.

Die Regelungen für die Begutachtung finden sich künftig in § 17 SGB IX nF (bisher: § 14 Abs. 5 SGB IX). Danach beauftragt der Rehabilitationsträger unverzüglich eine/n geeignete/n Sachverständige/n. Er benennt den Leistungsberechtigten idR drei möglichst wohnortnahe Sachverständige und trägt der Entscheidung über die Auswahl des bzw der Berechtigten Rechnung.

Wenn der Rehabilitationsträger zum Ergebnis kommt, dass er insgesamt nicht zuständig ist und den Antrag deshalb an

¹⁰ BT-Drs. 18/9522, 3.

¹¹ OVG Münster 13.12.2013 – 12 A 1761/12, vgl auch stRSpr zB BSG 24.3.2015 – B 8 SO 5/14 R mwN.

einen anderen Rehabilitationsträger weiterleitet (§ 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX nF), wird dieser Rehabilitationsträger leistungsträger der Rehabilitationsträger. Die entsprechenden Fristen beginnen mit dem Tag, an dem ihm der Antrag zugeht (§ 14 Abs. 1 S. 4 Halbs. 2 SGB IX nF).

Neu ist die Möglichkeit des Rehabilitationsträgers, an den der Antrag weitergeleitet wurde, den Antrag dann, wenn auch er insgesamt nicht zuständig ist, im Einvernehmen mit dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger an diesen weiterzuleiten (§ 14 Abs. 3 SGB IX nF). Auch darüber ist der Antragsteller zu unterrichten. Die Fristen des § 14 Abs. 1 SGB IX nF beginnen auch in diesem Fall ausdrücklich mit dem Zugang des Antrags an den Rehabilitationsträger, an den die erste Weiterleitung erfolgte.

Ein Rehabilitationsträger ist nicht berechtigt, dieses Einvernehmen willkürlich zu verweigern. Das ergibt sich aus der Gesetzesbindung der Verwaltung und dem im sozialrechtlichen Verwaltungsverfahren auch unter Behörden geltenden Grundsatz von Treu und Glauben (§ 242 BGB). Wenn ein Rehabilitationsträger das Einvernehmen gleichwohl grundlos verweigert, bleibt der Rehabilitationsträger, an den der Antrag zuerst weitergeleitet wurde, aber leistender Rehabilitationsträger.

Die Anwendbarkeit von § 43 SGB I (Vorläufige Leistungspflicht des zuerst angegangenen Trägers) wird jetzt durch § 24 S. 3 SGB IX nF explizit ausgeschlossen. Bislang war die Vorschrift in bestimmten Fällen trotz der spezielleren Vorschrift des § 14 SGB IX anzuwenden.¹² Auch die Anwendbarkeit von § 16 Abs. 2 SGB I (Weiterleitung eines Antrags auf Sozialleistungen, der beim unzuständigen Träger gestellt wurde) wird nunmehr ausdrücklich ausgeschlossen (§ 14 Abs. 5 SGB IX nF).

b) Leistungen mehrerer Rehabilitationsträger

Für Fälle, in denen der Rehabilitationsträger die Leistungen weiterer Rehabilitationsträger für erforderlich hält, gilt bislang § 14 Abs. 6 SGB IX aF. Diese nicht sehr klare Regelung wird nun durch ein differenziertes Regelwerk ersetzt.

Zunächst gilt für alle Fälle der Beteiligung mehrerer Rehabilitationsträger statt der Dreiwochenfrist des § 14 Abs. 2 SGB IX nF eine Frist von sechs Wochen. Wenn eine Teilhabeplankonferenz (§ 20 SGB IX nF) durchgeführt wird, beträgt die Frist zwei Monate (§ 15 Abs. 4 SGB IX nF). Das dürfte wegen des systematischen Zusammenhangs der Norm nur in den Fällen gelten, in denen mehrere Rehabilitationsträger beteiligt sind. Eine Teilhabeplankonferenz ist auch in anderen Fällen möglich (s. II. 1. c).

In Bezug auf die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs und auf die Leistungsverantwortung sieht das Gesetz zwei Wege vor, wenn der Teilhabeleistungsbedarf die Leistungen mehrerer Rehabilitationsträger umfasst.

aa) Partielle Weiterleitung

Wenn der Rehabilitationsträger feststellt, dass der Antrag neben den Leistungen, die nach seinem Leistungsgesetz zu erbringen sind, weitere Leistungen umfasst, leitet er den Antrag *insoweit* unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu, ggf auch mehreren Rehabilitationsträgern (§ 15 Abs. 1 SGB IX nF). Dieser ent-

scheidet über die in seiner Zuständigkeit liegenden Leistungen nach den für ihn geltenden Leistungsgesetzen und unterrichtet den Antragsteller darüber. Die Koordinierung der Leistungen erfolgt im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens (s. II. 1. c), das bei Beteiligung mehrerer Rehabilitationsträger stets durchgeführt werden muss. Verantwortlich dafür ist auch bei einer partiellen Weiterleitung nach § 15 Abs. 1 SGB IX nF der leistende Rehabilitationsträger.¹³

bb) Beteiligung weiterer Rehabilitationsträger ohne Weiterleitung

Wenn der leistende Rehabilitationsträger von der Möglichkeit der unverzüglichen partiellen Weiterleitung keinen Gebrauch macht, für die umfassende Feststellung des Rehabilitationsbedarfs aber Feststellungen weiterer Rehabilitationsträger für notwendig erachtet, fordert er die erforderlichen Feststellungen unverzüglich von diesen Rehabilitationsträgern an (§ 15 Abs. 2 S. 1 SGB IX nF). Dasselbe gilt, wenn er bereits Leistungen erbringt und erst später feststellt, dass weitere Teilhabeleistungen erforderlich sind, für die er nicht Rehabilitationsträger sein kann. In diesem Fall bleibt der leistende Rehabilitationsträger im Verhältnis zum/zur Berechtigten für die Leistung, auch die Leistung anderer Rehabilitationsträger, grundsätzlich verantwortlich. Die Feststellungen der anderen Rehabilitationsträger binden ihn bei seiner Entscheidung über den Antrag, wenn sie innerhalb von zwei Wochen nach Anforderung beim leistenden Rehabilitationsträger eingehen, wenn ein Gutachten eingeholt werden muss zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens (§ 15 Abs. 2 S. 2 SGB IX nF). Andernfalls stellt der leistende Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf selbst umfassend nach allen infrage kommenden Leistungsgesetzen fest (§ 15 Abs. 2 S. 3 SGB IX nF). Der materiell zuständige Rehabilitationsträger kann den leistenden Rehabilitationsträger dann nicht mehr an seine Auffassung binden. § 93 SGB X iVm § 89 Abs. 5 SGB X wird insoweit durch die speziellere Vorschrift des § 15 Abs. 2 SGB IX nF verdrängt (§ 93 SGB X iVm § 91 Abs. 3 SGB X und § 89 Abs. 3 SGB X sind anzuwenden; zu § 91 Abs. 1 SGB X s. II. 1. b bb aE).

Wenn der leistende Rehabilitationsträger den Antrag nicht nach § 15 Abs. 1 SGB IX nF partiell weitergeleitet, sondern nach § 15 Abs. 2 SGB IX nF von weiteren Rehabilitationsträgern Feststellungen angefordert hat, erbringen die beteiligten Rehabilitationsträger die Leistungen nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen jeweils im eigenen Namen, sofern die Voraussetzungen des § 15 Abs. 3 S. 1 SGB IX nF vorliegen. Der Teilhabeplan (s. II. 1. c) muss dann dokumentieren, dass

- die erforderlichen Feststellungen nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen von den zuständigen Rehabilitationsträgern getroffen wurden,
- die Leistungserbringung durch die jeweiligen Rehabilitationsträger sichergestellt ist,

¹² Fuchs ua/Fuchs SGB IX, 6. Aufl. 2011, SGB IX § 14 Rn 14 mwN.

¹³ Der Fall der partiellen Weiterleitung nach § 15 Abs. 1 SGB IX nF soll nach Auffassung der Bundesregierung der einzige Fall sein, in dem die Leistungsverantwortung im unmittelbaren Verhältnis zum Berechtigten (im Unterschied zur Koordinierungsverantwortung!) nicht vollständig beim leistenden Rehabilitationsträger bleibt (BT-Drs. 18/9522, 235). Das war für den Referentenentwurf des BTHG auch richtig, wurde aber mit dem Regierungsentwurf geändert. Die entsprechende Passage in der Begründung wurde im Regierungsentwurf gleichwohl übernommen.

- die Leistungsberechtigten einer nach Zuständigkeiten getrennten Leistungsbewilligung nicht aus wichtigem Grund widersprochen haben.

Wenn diese Bedingungen erfüllt sind, tritt dieselbe Wirkung ein, die die partielle Weiterleitung nach § 15 Abs. 1 SGB IX nF nach sich zieht. Die beteiligten Rehabilitationsträger erlassen jeweils eigene Verwaltungsakte nach ihren Leistungsgesetzen.

Wenn diese Bedingungen nicht erfüllt sind, entscheidet der leistende Rehabilitationsträger auch über die Leistungen, für die andere Rehabilitationsträger materiell zuständig sind, und erbringt die Leistungen in eigenem Namen (§ 15 Abs. 3 S. 2 SGB IX nF). An die Feststellungen der beteiligten Rehabilitationsträger ist er dabei nur unter den og Voraussetzungen gebunden. Die Erstattungspflicht des materiell zuständigen Rehabilitationsträgers richtet sich nach § 16 SGB IX nF. Wenn der materiell zuständige Rehabilitationsträger die bei ihm angeforderten Feststellungen nicht binnen der Zweiwochenfrist des § 15 Abs. 2 S. 2 SGB IX nF getroffen und übermittelt hat, hat er dem leistenden Rehabilitationsträger die Aufwendungen zzgl der Verwaltungskostenpauschale von 5 % der erstattungsfähigen Leistungsaufwendungen (§ 16 Abs. 3 S. 1 SGB IX nF) auch zu Unrecht erbrachte Leistungen zu erstatten. Die Regelung des § 93 iVm § 91 Abs. 1 S. 3 SGB X, nach der das nicht gilt, wenn den Beauftragten – hier also den leistenden Rehabilitationsträger – ein Verschulden trifft, wird durch § 16 Abs. 3 S. 2 SGB IX nF auf Fälle grober Fahrlässigkeit und Vorsatzes eingeschränkt. Abweichend von § 91 Abs. 1 S. 3 SGB X besteht damit eine Erstattungspflicht also auch dann, wenn der leistende Rehabilitationsträger aufgrund von leichter Fahrlässigkeit zu Unrecht Leistungen erbringt.

c) Teilhabeplanverfahren

Das Teilhabeplanverfahren nach § 19 SGB IX nF wird vollständig neu eingeführt. Es ist in drei Fällen durchzuführen:

- wenn Leistungen mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind (§ 19 Abs. 1 S. 1 SGB IX nF),
- wenn Leistungen mehrerer Leistungsgruppen erforderlich sind (§ 19 Abs. 1 S. 1 SGB IX nF) oder
- wenn Leistungsberechtigte die Erstellung eines Teilhabeplans wünschen (§ 19 Abs. 2 S. 3 SGB IX nF).

Im Zentrum des Teilhabeplanverfahrens steht die Verpflichtung des leistenden Rehabilitationsträgers, innerhalb der für die Entscheidung maßgeblichen Frist (idR drei Wochen, bei mehreren beteiligten Rehabilitationsträgern idR sechs Wochen nach Antragseingang) einen Teilhabeplan zu erstellen, der die Inhalte nach § 19 Abs. 2 SGB IX nF umfasst. Danach dokumentiert der Teilhabeplan:

1. den Tag des Antragseingangs beim leistenden Rehabilitationsträger und das Ergebnis der Zuständigkeitsklärung und Beteiligung nach den §§ 14 und 15,
2. die Feststellungen über den individuellen Rehabilitationsbedarf auf Grundlage der Bedarfsermittlung nach § 13,
3. die zur individuellen Bedarfsermittlung nach § 13 eingesetzten Instrumente,
4. die gutachterliche Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit nach § 54,
5. die Einbeziehung von Diensten und Einrichtungen bei der Leistungserbringung,

6. erreichbare und überprüfbare Teilhabeziele und deren Fortschreibung,
7. die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8, insbesondere im Hinblick auf die Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget,
8. die Dokumentation der einvernehmlichen, umfassenden und trägerübergreifenden Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in den Fällen nach § 15 Absatz 3 Satz 1,
9. die Ergebnisse der Teilhabeplankonferenz nach § 20,
10. die Erkenntnisse aus den Mitteilungen der nach § 22 einbezogenen anderen öffentlichen Stellen und
11. die besonderen Belange pflegender Angehöriger bei der Erbringung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.“

Der Teilhabeplan ist beim Erlass der Verwaltungsakte der Rehabilitationsträger nach Maßgabe des § 19 Abs. 4 SGB IX nF zu berücksichtigen. Danach bindet der Teilhabeplan die Rehabilitationsträger nicht, ist aber „bei der Entscheidung über den Antrag zugrunde“ zu legen. Darüber hinaus soll die nach § 35 SGB X erforderliche Begründung der Entscheidung „erkennen lassen, inwieweit die im Teilhabeplan enthaltenen Feststellungen bei der Entscheidung berücksichtigt wurden“. Der Verweis auf § 35 SGB X stellt zugleich klar, dass es einer Begründung ua dann nicht bedarf, wenn dem Antrag des Berechtigten gefolgt wird (§ 35 Abs. 2 SGB X). Das wird jedoch nur dann gelten, wenn der Antrag unter Berücksichtigung des Meistbegünstigungsgrundsatzes (s. II. 1. a) ausgelegt wird und dabei so bestimmt ist, dass die Entscheidung ihm überhaupt entsprechen kann. In der Praxis wird das eher der Ausnahmefall sein.

Im Regelfall ist der leistende Rehabilitationsträger verantwortlich für die Erstellung des Teilhabeplans. Es ist jedoch zulässig, dass ein anderer beteiligter Rehabilitationsträger das Teilhabeplanverfahren anstelle des leistenden Rehabilitationsträgers durchführt, wenn die beteiligten Rehabilitationsträger dies „in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten“ vereinbaren (§ 19 Abs. 5 SGB IX nF). Wenn der Träger der Eingliederungshilfe (ab 1.1.2020) beteiligter Rehabilitationsträger ist, soll er den Leistungsberechtigten und den anderen Rehabilitationsträgern anbieten, das Teilhabeplanverfahren anstelle des leistenden Rehabilitationsträgers durchzuführen (§ 119 Abs. 2 S. 2 SGB IX nF). § 143 Abs. 3 S. 2 SGB XII regelt, dass das für die Zeit vom 1.1.2018 bis zum 31.12.2019 auch für die Sozialhilfeträger gilt, wenn sie als Eingliederungshilfeträger fungieren.

Damit entsteht eine dritte mögliche Rolle für Rehabilitationsträger: Sie können nicht nur leistender Rehabilitationsträger oder beteiligter Rehabilitationsträger, sondern auch für das Teilhabeplanverfahren verantwortlicher beteiligter Rehabilitationsträger sein. Der Letztgenannte wird nicht leistender Rehabilitationsträger. Die Pflicht zur Durchführung des Teilhabeplanverfahrens ist nur eine der Pflichten des leistenden Rehabilitationsträgers. Bei Übertragung der Verantwortung für das Teilhabeplanverfahren auf einen beteiligten Rehabilitationsträger bleiben alle anderen Pflichten des leistenden Rehabilitationsträgers bei diesem.

Die Jugendämter sind durch das Teilhabeplanverfahren in drei Fallgruppen betroffen:

- Wenn sie selbst leistender Rehabilitationsträger iSv § 14 Abs. 2 SGB IX nF sind, müssen sie in den og Fällen das Teilhabeplanverfahren selbst durchführen. Dasselbe gilt, wenn sie als beteiligter Rehabilitationsträger die Verant-

wortung für das Teilhabeplanverfahren nach § 19 Abs. 3 SGB IX nF übernehmen.

- Wenn sie lediglich nach § 15 Abs. 1 SGB IX nF beteiligter Rehabilitationsträger sind, muss der leistende Rehabilitationsträger sie nach Maßgabe der §§ 19, 20 SGB IX in das Teilhabeplanverfahren und die Teilhabekonferenz einbeziehen.
- Schließlich ist das Jugendamt als andere Stelle iSv § 21 Abs. 1 SGB VIII in das Teilhabeplanverfahren einzubeziehen, soweit dies zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erforderlich ist. In diesen Fällen ist das Jugendamt nicht als Rehabilitationsträger angesprochen, sondern als Träger der Kinder- und Jugendhilfe insgesamt.

Wie oben gezeigt gehen die Regelungen zur Teilhabeplanung den §§ 35a, 36 SGB VIII vor (§ 7 Abs. 2 S. 1 SGB IX nF). § 21 S. 2 SGB IX nF stellt klar, dass die Vorschriften für den Hilfeplan nach § 36 SGB VIII für den Träger der öffentlichen Jugendhilfe ergänzend gelten, wenn er als Rehabilitationsträger handelt. Handelt er nicht als Rehabilitationsträger, ist aber nach Maßgabe des § 22 Abs. 1 SGB IX nF am Teilhabeplanverfahren beteiligt, gilt das natürlich ohnehin. Das Teilhabeplanverfahren *ergänzt* das Hilfeplanverfahren nach § 36 SGB VIII, ohne es zu verdrängen oder einzuschränken.

Das Teilhabeplanverfahren endet nicht mit dem Erlass der Verwaltungsakte, mit denen Teilhabeleistungen bewilligt werden. Vielmehr begleitet es den Rehabilitationsprozess dauerhaft. Der Teilhabeplan wird entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation angepasst (§ 19 Abs. 3 SGB IX nF). Der Begriff der Rehabilitation ist hier weit zu verstehen. Er umfasst alle in § 4 SGB IX allgemein legal definierten Teilhabeleistungen.

Der leistende Rehabilitationsträger bzw der für das Teilhabeplanverfahren verantwortliche beteiligte Rehabilitationsträger ist damit dauerhaft für die Koordination der Teilhabeleistungen verantwortlich. Das schließt die Koordination mit Leistungen, die nicht Teilhabeleistungen sind, ein, also ua mit Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe oder der Pflege (§ 22 SGB IX nF).

d) Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

Bereits mit dem SGB IX vom 19.6.2001 war die Erwartung verbunden, dass die Rehabilitationsträger geeignete Instrumente zur Ermittlung von Teilhabebedarfen entwickeln. Nachdem diese Erwartungen sich nicht erfüllt hatten, hat der Gesetzgeber die Rehabilitationsträger mit § 13 SGB IX nF verpflichtet, „systematische Arbeitsprozesse“ und „standardisierte Arbeitsmittel“ zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs zu entwickeln.

§ 13 SGB IX geht (wie auch § 14 SGB IX) den verfahrensrechtlichen Regelungen des SGB VIII vor, verdrängt das Hilfeplanverfahren nach § 36 SGB VIII und die besonderen verfahrensrechtlichen Regelungen des § 35a SGB VIII aber nur insoweit, als die Regelungen voneinander abweichen. Das tun sie jedoch im Wesentlichen nicht. Im Übrigen sind sie vor allem als Regelungen zu verstehen, die die Vorgaben nach §§ 35a, 36 SGB VIII ergänzen und der Anwendung von

Instrumenten iSv § 13 SGB IX grundsätzlich nicht entgegenstehen.

Die Orientierung der Bedarfsermittlung an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) bzw der Fassung für Kinder und Jugendliche (ICF-CY), die in der Kinder- und Jugendhilfe große Sorgen ausgelöst hat, wird durch § 13 SGB IX nicht vorgeschrieben. Dies geschieht nur durch § 118 SGB IX nF, also nur für die künftige Eingliederungshilfe (SGB IX, Teil 2), der zum 1.1.2020 in Kraft tritt. § 35a SGB VIII idF, die zum 1.1.2020 in Kraft treten soll, verweist jedoch nicht auf das Gesamtplanverfahren nach §§ 117 ff SGB IX nF und damit auch nicht auf die Bezugnahme zur ICF. Die ICF ist jedoch ohnehin nicht geeignet, um als Bedarfsermittlungsinstrument eingesetzt zu werden.

„Insgesamt ist festzustellen, dass die ICF kein Assessmentinstrument darstellt und dazu auch nicht gemacht werden kann. Weder ist sie dafür konzipiert noch kann sie dazu umfunktioniert werden.“¹⁴

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation eV (DVfR) geht daher davon aus,

„dass die gesetzlichen Vorgaben [*des BTHG*] nach den bisherigen Erfahrungen nur in einem diskursiven Konzept der Bedarfsermittlung zu erfüllen sind, das das bio-psycho-soziale Modell zur Grundlage eines strukturierten Dialogs macht.“¹⁵

Die Instrumente nach § 13 SGB IX sollen den gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger (nach § 26 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX nF) folgen. An der Erstellung dieser Empfehlungen sind die Träger der Kinder- und Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe jedoch nicht beteiligt (§ 26 Abs. 1 SGB IX nF). Zwar gilt das auch für die bisherigen Empfehlungen nach § 13 SGB IX aF. Wegen der Einführung der Instrumente nach § 13 SGB IX nF und verbindlichen Bezugnahme in § 13 Abs. 1 SGB IX nF auf die Empfehlungen nach § 27 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX nF gewinnen die Empfehlungen jedoch erheblich an Bedeutung. Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollten die Diskussion um die Empfehlungen daher im Rahmen ihrer Kooperation mit den anderen Rehabilitationsträgern nach § 25 SGB IX nF aufmerksam begleiten und entschieden darauf hinwirken, dass Spezifika der Kinder- und Jugendhilfe hier Berücksichtigung finden.

Im Ergebnis ist vor allem festzuhalten, dass sich ein Konflikt mit § 36 SGB VIII aus § 13 SGB IX nF unmittelbar nicht ergibt, sodass der Vorrang des Kap. 4 SGB IX auch hier nicht in der Weise zum Tragen käme, dass die Regeln des § 36 SGB VIII verdrängt würden. Sie werden für die Hilfeplanung von § 35a SGB VIII-Hilfen allerdings präzisiert und ergänzt. Für das Verhältnis von §§ 13, 14 SGB IX nF zu den ergänzenden verfahrensrechtlichen Vorschriften des § 35a Abs. 1a SGB VIII gilt dasselbe. Insbesondere die

14 Stellungnahme des Ad-hoc-Ausschusses „Umsetzung des BTHG“ der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation eV (DVfR) ICF-Nutzung bei der Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung, Teilhabe- und Gesamtplanung im Kontext des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG), 2017, 7, abrufbar unter www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/Diskussionspapier_BTHG-Ausschuss_der_DVfR_zur_ICF-Nutzung_im_BTHG.pdf (Abruf: 10.10.2017).

15 Stellungnahme des Ad-hoc-Ausschusses „Umsetzung des BTHG“ der DVfR (Fn. 14).

Bezugnahme auf die ICD, die § 35a Abs. 1a SGB VIII vornimmt, ergänzt die Regelungen nach SGB IX, ohne in Widerspruch dazu zu geraten.¹⁶

2. Auswirkungen der Übergangsregelungen der sozialhilferechtlichen Eingliederungshilfe auf die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe

Im Zeitraum vom 1.1.2018 bis zum 31.12.2019 gelten für die sozialhilferechtliche Eingliederungshilfe Übergangsregelungen, die jedoch nur geringe Auswirkungen auf die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe entfalten.

a) Medizinische Rehabilitation und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und für die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, die der öffentliche Jugendhilfeträger nach § 35a SGB VIII erbringt, wird sich bis zum 31.12.2019 nichts ändern. Es gilt weiterhin das alte Recht der Eingliederungshilfe. § 54 Abs. 1 SGB XII verweist auch nach dem 1.1.2018 auf § 26 SGB IX (medizinische Rehabilitation) und auf § 55 SGB IX (Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) in der am 31.12.2017 geltenden Fassung.¹⁷ Die Vorschriften des ersten Teils des SGB IX über die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gelten damit für die sozialhilferechtliche Eingliederungshilfe und für die Leistungen nach § 35a SGB VIII bis zum 31.12.2019 in ihrer alten Fassung fort.

b) Abweichende Regelungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) werden einerseits für Personen erbracht, die auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig sein können, und andererseits für Personen, die das nicht können. Wenn die Letztgenannten über die für eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM) erforderliche Mindestleistungsfähigkeit verfügen (§ 219 Abs. 2 SGB IX nF, § 136 Abs. 2 SGB IX aF), haben sie idR Anspruch auf Besuch einer WfbM. Verfügen sie nicht über diese Mindestleistungsfähigkeit, erhalten sie tagesstrukturierende Leistungen in einer Förder- oder Beschäftigungsstätte gem. § 219 Abs. 3 SGB IX nF, § 136 Abs. 3 SGB IX aF. Diese Leistungen werden nicht der Leistungsgruppe 2 (LTA), sondern der Leistungsgruppe 5 (Soziale Teilhabe, bislang Leistungsgruppe 4) zugeordnet. Damit umfassen LTA einerseits Leistungen zum Erhalt, zur Verbesserung, zur Herstellung oder zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (§ 33 SGB IX aF, § 49 SGB IX nF) und andererseits Leistungen für WfbM-berechtigte Personen.

Für die Leistungen nach § 33 SGB IX aF/§ 49 SGB IX nF ist die Bundesagentur für Arbeit vorrangig zuständig.

Mit dem BTHG wird der Leistungskatalog der Eingliederungshilfe auf Leistungen für WfbM-berechtigte Personen beschränkt (§ 111 SGB IX nF).

Die Leistungen für diese Gruppe werden gleichzeitig ab 1.1.2018 um zwei Alternativen zur WfbM ergänzt, nämlich die anderen Anbieter (§§ 60, 62 SGB IX nF) und das Budget für Arbeit (§ 61 SGB IX nF). Auf diese neuen Leistungsformen einzugehen, würde im vorliegenden Rahmen zu weit führen.

Sowohl der Ausschluss der Leistungen nach § 49 SGB IX nF als auch die Regelungen über andere Leistungsanbieter und das Budget für Arbeit gelten in der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII und damit auch für die Leistungen nach § 35a SGB VIII bereits ab 1.1.2018. In § 54 SGB XII entfallen die Verweise auf § 33 SGB IX (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) und § 41 SGB IX (WfbM-Arbeitsbereich). An ihre Stelle tritt der Verweis auf die Übergangsregelung des § 140 SGB XII, die ihrerseits auf § 58 SGB IX nF (WfbM-Arbeitsbereich), §§ 60, 62 SGB IX nF (andere Leistungsanbieter) und § 61 SGB IX nF (Budget für Arbeit) verweist.

Ob der Ausschluss der Leistungen nach § 49 SGB IX nF durch den in § 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII unverändert normierten offenen Leistungskatalog konterkariert wird, lässt sich dem Wortlaut nicht entnehmen. Beide Auslegungen erscheinen vertretbar. Das Ergebnis wird jedenfalls auch für die Leistungen nach § 35a SGB VIII gelten. Da der Träger der Kinder- und Jugendhilfe für diese Leistungen jedoch lediglich nachrangig zuständig ist, ist das Problem nur in besonderen Fallkonstellationen, in denen die Bundesagentur für Arbeit nicht zuständig ist, relevant.¹⁸

3. Änderung von § 35a SGB VIII erst zum 1.1.2020

Auch das SGB VIII selbst wird im Rahmen des BTHG geändert (Art. 9 BTHG). Neben einigen redaktionellen Anpassungen wird § 35a Abs. 3 SGB VIII zum 1.1.2020 der Reform der Eingliederungshilfe angepasst. Das BTHG vom 23.12.2016 sah die Änderung von § 35a Abs. 3 SGB VIII bereits zum 1.1.2018 vor. Dieses Versehen wurde jedoch durch Art. 27 Nr. 3 Buchst. a des Gesetzes zur Änderung des Bundesversorgungsgesetzes und anderer Vorschriften vom 17.7.2017¹⁹ korrigiert. Da dieser Beitrag sich auf die zum 1.1.2018 in Kraft tretenden Änderung konzentriert, wird hier auf die Neufassung des § 35a Abs. 3 SGB VIII idF vom 1.1.2020 nicht eingegangen.

III. Schluss

Die Übergangsregelungen für die sozialhilferechtliche Eingliederungshilfe machen die Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII für den Zeitraum vom 1.1.2018 bis zum 31.12.2019 zwar noch unübersichtlicher, führen aber im Leistungsbereich des SGB VIII nur in Bezug auf die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu Änderungen.

Die Reform des ersten Teils des SGB IX betrifft die Kinder- und Jugendhilfe auf Dauer und wird auch im Rahmen einer inklusiven Lösung zu berücksichtigen sein. Das künftige Recht der Teilhabeleistungen für junge Menschen mit (drohender) Behinderung im SGB VIII muss in den Rahmen, den das SGB IX für alle Rehabilitationsträger verbindlich vorgibt, integriert werden.

Die wohl wichtigsten Neuerungen liegen in den Vorgaben für die Instrumente zur Bedarfsermittlung (§§ 13, 14 Abs. 2

16 Stellungnahme des Ad-hoc-Ausschusses „Umsetzung des BTHG“ der DVfR 8 (Fn. 14).

17 Art. 12 Nr. 2 BTHG.

18 DIJuF-Rechtsgutachten JAmt 2015, 559.

19 BGBl. 2017 I, 2541.

SGB IX nF), der Reform des Rechts der Koordinierung der Leistungen mehrerer Rehabilitationsträger (§§ 14, 15 SGB IX nF) und dem Teilhabeplanverfahren (§§ 19 ff SGB IX nF). Damit besteht nun nicht nur die Chance, sondern die Notwendigkeit, Erfahrungen mit dem Ineingreifen der Regelungen zur Bedarfsermittlung nach dem SGB IX nF und der besonderen verfahrensrechtlichen Vorgaben des SGB VIII zu sammeln. Das sollte dazu beitragen, dass die zuweilen überzogen wirkende Befürchtung, die Zusammenführung der Teilhabeleistungen für alle jungen Menschen im SGB VIII führe zu einer Medizinalisierung der Kinder- und Jugendhilfe, relativiert wird. Eine engagierte Umsetzung der neuen Regelungen durch die Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe kann so auch zum Ge-

lingen der Inklusiven Lösung, die weiter auf der politischen Agenda steht, beitragen.

Der neue Vorrang der Kap. 2–4 des ersten Teils des SGB IX nF aus § 7 Abs. 2 SGB IX nF ändert an der Rechtslage weniger, als es auf den ersten Blick scheint, weil die besonderen verfahrensrechtlichen Regelungen des SGB VIII ergänzend angewendet werden können und müssen, ohne dass eine Normenkonkurrenz entstünde. Allerdings ist zu hoffen, dass der Vorrang der Regeln des SGB IX das Bewusstsein für die Geltung der verfahrensrechtlichen Regeln des SGB IX für alle Fälle des § 35a SGB VIII schärfen und der bis heute leider defizitären Implementierung des SGB IX im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe nachdrückliche Impulse verleihen wird.