

# SGB IX - Kommentar zum Recht schwerbehinderter Menschen

und Erläuterungen zum AGG und BGG

von

Karl Jung, Dr. Horst Cramer, Ass. jur. Friederike Dopatka, Dr. Friedrich-Wilhelm Dopatka, Harry Fuchs, Dr. Peter Gitschmann, Stephan Hirsch, Carolin Huber, Dr. Martina Schulz, Dr. Hans-Günther Ritz, Ass. jur. Marcus Schian, Heiner Verhorst, Michael Welsch

6., völlig neu bearbeitete Auflage

SGB IX - Kommentar zum Recht schwerbehinderter Menschen – Jung / Cramer / Dopatka / et al.

schnell und portofrei erhältlich bei [beck-shop.de](http://beck-shop.de) DIE FACHBUCHHANDLUNG

Thematische Gliederung:

[SGB IX - Rehabilitation – Arbeits- und Sozialrecht – Sozialrecht](#)

Verlag Franz Vahlen München 2011

Verlag Franz Vahlen im Internet:

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

ISBN 978 3 8006 2953 4

## Rehabilitationsdienste und -einrichtungen

## § 19

freien Räumen und Anlagen ausgeführt werden. Nach § 19 Abs. 1 Satz 2 haben sie dafür den Bedarf zu ermitteln und – nicht etwa in allen Einrichtungen, sondern nur in ausreichender Zahl – durch die Vereinbarung entsprechender Struktur- und Prozessanforderungen in den Verträgen mit den Leistungserbringern nach § 21 Abs. 1 Nr. 1 (Qualitätsanforderungen für die Ausführung der Leistungen) die entsprechenden Rahmenbedingungen zu gewährleisten.

Für die Definition der Barrierefreiheit ist § 4 BBG heranzuziehen. Der Begriff der Zugangs- und Barrierefreiheit erfasst jeden Umstand, der behinderten Menschen den Zugang zu oder die Kommunikation mit Diensten und Einrichtungen erschwert. Zu den an die Herstellung von Barrierefreiheit im Einzelnen zu stellenden Anforderungen vgl. §§ 7 bis 11 BBG. Danach sind alle Maßnahmen und Hilfen zur Beseitigung von ZugangsbARRIEREN für mobilitätseingeschränkte Personen sowie die Verwendung von Kommunikationshilfsmitteln für sehbehinderte, hörbehinderte und sprachbehinderte Menschen (zB Einsatz von Gebärdendolmetschern) zu ergreifen. Nach § 17 Abs. 2 Satz 2 SGB I sind die für die Verwendung der Gebädensprache und andere Kommunikationshilfen während der Ausführung von Sozialleistungen entstehenden Kosten von dem für die Sozialleistung zuständigen Leistungsträger zu tragen. Die Kosten der übrigen Aufwendungen für die Herstellung von Barrierefreiheit sind Aufwendungen, die bei dem mit der Ausführung der Leistung beauftragten Leistungserbringer – im Rahmen von Pflegesatz- bzw. Vergütungsverhandlungen – nach § 91 Abs. 2 SGB X zu berücksichtigen sind.

Die Rehabilitationsträger haben die **Bundesregierung und die Landesregierung zu beteiligen (Satz 3)**. Die Kommunen sind einerseits über die Sozial- und Jugendhilfeträger beteiligt. Andererseits sollen die Länder dafür Sorge tragen, dass Aktivitäten und Bedarfslagen der kommunalen Ebene in den Prozess einfließen (BT-Drucks. 14/5074 S. 104). Die Regelung erfordert kein Einvernehmen mit den zu Beteiligenden. Die Beteiligung der Regierungen des Bundes und der Länder an der Bedarfsfeststellung und Infrastrukturplanung ermöglicht und erleichtert diesen, bei Bedarf und unter Berücksichtigung ihrer haushaltsrechtlichen Möglichkeiten – vorrangig vor der in Absatz 5 vorgesehenen Förderung der rehabilitationsträger – öffentliche Mittel zur Versorgungsstrukturentwicklung und -sicherung einzusetzen.

Darüber hinaus sind die Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der feien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände zu beteiligen. Damit soll gewährleistet werden, dass sowohl die Betroffenenverbände die Erfahrungen ihrer Mitglieder als Experten in eigener Sache wie auch die Spitzenverbände der Leistungserbringer ihre Kompetenz und ihre Erfahrungen bei der Entwicklung, Organisation und Ausführung der Leistungen in die Versorgungsstrukturentwicklung, insbesondere in die Feststellung des qualitativen Bedarfs einbringen können.

5. Nach Absatz 2 sind die Teilhabeleistungen unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände in ambulanter, teilstationärer oder betrieblicher Form und gegebenenfalls unter Einbeziehung familienentlastender und -un-

## § 19      Teil 1. Reg. f. behinderte u. v. Behinderung bedrohte Menschen

terstützender Dienste auszuführen. Dieser Vorrang erfasst alle Leistungsformen, die keine mehrtägige Unterbringung und Verpflegung in Einrichtungen unter fachlicher Leitung beinhalten (stationäre Leistungen, vgl. § 15 Abs. 2 SGB VI). Die betrieblichen Ausführungsformen wurden erst während des Gesetzgebungsverfahrens aufgenommen (BT-Drucks. 14/5786 S. 24) und sollen vor allem bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorrangig eingesetzt werden (BT-Drucks. 14/5800 S. 31).

- 16    Im Gegensatz zur Ausprägung des **Grundsatzes „ambulant vor stationär“** im Bereich der Krankenversorgung (§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V) ist der Vorrang in dieser Regelung nicht strikt ausgeprägt (BT-Drucks. 14/5074 S. 104), sondern abhängig von der Prüfung des Einzelfalls sowie der vergleichbaren Wirksamkeit der Leistungsarten.

Ein vergleichbarer „bedingter Vorrang“ findet sich auch in dem für die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft besonders bedeutsamen Sozialhilfrecht, in dem die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts (§ 9 SGB XII) im Hinblick auf eine ambulante Leistungsform allerdings dahingehend eingeschränkt ist, dass bei unverhältnismäßigen Mehrkosten der ambulanten Leistung und der Zumutbarkeit der stationären Maßnahme diese zu wählen ist (§ 13 SGB XII).

Unabhängig von der Frage der Wirtschaftlichkeit ist es nach der Gesetzesbegründung vor allem Ziel der Regelung, insbesondere Frauen den Zugang zu Teilhabeleistungen zu eröffnen (BT-Drucks. 14/5074 S. 104). Die Regelung ist deshalb auch bei der Planung der Versorgungsstrukturen nach Absatz 1 zu beachten. Bei der Prüfung des Einzelfalles ist der funktionsbezogene Leistungsbedarf (§ 10) mit den objektiven Umständen des Einzelfalles (§ 33 Satz 1 SGB I, das sind zT auch die in § 9 Abs. 1 Satz 2 aufgelisteten Kriterien) sowie den subjektiven Präferenzen des Berechtigten (Wunsch- und Wahlrecht) abzuwegen.

- 17    Kommen danach Leistungen in ambulanter, teilstationärer oder betrieblicher Form in Betracht, dürfen sie jedoch nur dann in dieser Form ausgeführt werden, wenn die mit der Leistung angestrebten Rehabilitationsziele – im Verhältnis zu stationären Leistungen – mit **vergleichbarer Wirksamkeit** erreichbar sind. Liegen gesicherte (wissenschaftlich evidenz-basiert oder auch als langjährige Erfahrungswerte) Erkenntnisse darüber vor, dass bei bestimmten Zielgruppen oder Ausprägungen einer Teilhabestörung oder auch bei einer bestimmten qualitativen Ausstattung der nichtstationären Einrichtungen die Ziele der Rehabilitation nicht mit vergleichbarer Wirksamkeit (dh auch in vergleichbarer Zeit oder auch Nachhaltigkeit) erreicht werden können, begründet diese Regelung keinen Vorrang der nichtstationären Leistungen. Allerdings gibt es in der entsprechend erforschten Rehabilitations-Leistungsrealität außer in Teillbereichen der medizinischen Rehabilitation nahezu keine belegten Leistungsbereiche, in denen eine stationäre Form der Leistungserbringung im o.g. Sinne zwingend ist, und insoweit den Vorrang ambulanter Erbringung durchbricht.

Die entgegenstehende Regelung des § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII, wonach eine ambulante Hilfe nicht vorrangig sein soll, wenn eine stationäre Hilfe zumutbar ist und eine ambulante Hilfe mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist, bleibt unberührt.

## Rehabilitationsdienste und -einrichtungen

## § 19

Die Einbeziehung **familienentlastender und -unterstützender Dienste** 18 zur Ermöglichung der Leistungen in nichtstationärer Form, unterstreicht sowohl leistungsrechtlich, aber auch hinsichtlich der Planung der Versorgungsstrukturen nach Abs. 1 nochmals die bereits in den §§ 1 Satz 2, 4, Abs. 3 und 9 Abs. 1 Satz 3 enthaltene Verpflichtung zur Ausführung einer integrativen, den besonderen Interessen und Bedingungen von Kindern und Eltern, aber auch dem verfassungsrechtlichen Rang der ungetrennten Familie nach Art. 6 Abs. 1 und 2 GG Rechnung tragenden Rehabilitations- und Teilhabeleistung. Die mit der Einbeziehung notwendiger familienentlastender und -unterstützender Dienste verbundenen Kosten sind Bestandteil der Teilhabeleistung.

Die in § 44 Abs. 1 Nr. 6 bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und bei Leistungen am Arbeitsleben sowie in § 55 Abs. 1 bei Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft geregelten Leistungen zur Einbeziehung familienentlastender und -unterstützender Dienste sollen insbesondere Frauen den Zugang zu den Rehabilitations- und Teilhabeleistungen in nichtstationärer Form eröffnen.

**6. Absatz 3** wiederholt für die Ausführung der Leistungen und die Entwicklung geeigneter Versorgungsstrukturen den bereits im Leistungsrecht (§ 4 Abs. 3) verankerten Grundsatz des **Vorranges des integrativen Ansatzes** bei allen Teilhabeleistungen für Kinder (§ 35a Abs. 4 Satz 2 SGB VIII). Diese Regelung bindet die Ermessensentscheidungen der Rehabilitationsträger bei der Wahl der Art der Leistungsausführung nach § 17 Abs. 1, wie auch bei der Auswahl der Einrichtung mit der am besten geeigneten Leistungsform nach Absatz 4.

Im Rahmen der Versorgungsstrukturerwicklung nach Absatz 1 bindet dieser Grundsatz die Rehabilitationsträger im Rahmen ihrer Planung und Koordination.

Das Nichtvorhandensein eines integrativen Leistungsangebots für Kinder kann einen Selbstbeschaffungs- und Erstattungsanspruch nach § 15 Abs. 1 Satz 4 auslösen.

**7. Absatz 4 Satz 1** bindet das mit der **Auswahl von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen** nach § 17 Abs. 1 Nr. 3 eingeräumte Auswahlermessen der Rehabilitationsträger an Merkmale der Leistungsfähigkeit der Einrichtungen, die Art der Trägerschaft sowie an die Ziele des SGB IX. Führen die Rehabilitationsträger die Leistungen nicht selbst oder gemeinsam mit oder durch andere(n) Leistungserbringer(n) (§ 17 Abs. 1 Nr. 1 und 2) aus, sondern nehmen sie stattdessen Rehabilitationsdienste oder -einrichtungen freier und gemeinnütziger oder privater Träger in Anspruch, so müssen diese bereits nach § 17 Abs. 1 Nr. 3 **geeignet** (vgl. § 17 Rn 8) sein.

Das von den Trägern pflichtgemäß auszuübende Auswahlermessen ist 21 daran gebunden, dass die vom Träger gewählte Einrichtung „die Leistung in der am besten geeigneten Form“ auszuführen vermag. Dazu ist im Einzelfall primär zu prüfen, ob die Struktur- und Prozessqualität voraussichtlich geeignet ist, die sich aus dem beim Berechtigten festgestellten individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarf (§ 10) ergebenden Rehabilitationsziele zu erreichen (§ 4 Abs. 2 Satz 1). Neben der Orientierung an den Rehabilitationszielen nach §§ 1, 4 Abs. 1 kommen als weitere Kriterien der Integra-

## § 19      Teil 1. Reg. f. behinderte u. v. Behinderung bedrohte Menschen

tionsvorrang nach §§ 4 Abs. 3 iVm 19 Abs. 3, die individuellen Verhältnisse des Berechtigten (§ 33 Abs. 1 SGB I), die Wünsche des Berechtigten (§ 9 Abs. 1), die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit (§ 10 Abs. 1 Satz 2 und 3, 19 Abs. 4 Satz 2, 35 Abs. 2 Nr. 4), die geforderte Qualität (§§ 20 Abs. 1, 21 Abs. 1 Nr. 1) sowie der Vorrang der ambulanten Leistungen (§ 19 Abs. 2) in Betracht.

- 22 Bei der Auswahl zwischen mehreren geeigneten Einrichtungen kann der „günstigste Preis“ (BSGE 89, 294, 303) für die Feststellung der „am besten geeignetsten Leistungsform“ iSd § 19 Abs. 4 SGB IX nur dann ausschlaggebend sein, wenn alle anderen Auswahlkriterien (Struktur- und Prozessqualität zur Erreichbarkeit der Rehabilitationsziele, Aspekte des Wunschrechts – s. oben und § 10 Rn 20 –) wirklich gleich sind und eine Abgrenzung nur an Hand des Preises möglich ist. Ein ausschließliches Abstellen des Auswahlermessens auf den Preis ist danach nicht zulässig.“

Erst wenn unter Berücksichtigung dieser Eignungskriterien zwei oder mehr Einrichtungen in gleicher Weise geeignet erscheinen, ist „grundsätzlich diejenige mit der Durchführung der Maßnahmen zu beauftragen, die die günstigsten Vergütungssätze anbietet. Das (...) Gebot der Gleichbehandlung kommt erst dann zur Geltung, wenn nicht nur die Leistungsangebote vergleichbar sind, sondern auch die zu vereinbarenden Vergütungssätze keine nennenswerten Unterschiede aufweisen“ (BSG v. 23. 7. 02 B 3 KR 63/01 R).

Die Rehabilitationsträger haben dazu Grundsätze und Richtlinien aufgestellt, diese jedoch bisher nicht an die Anforderungen des SGB IX angepasst:

- Gemeinsame Rahmenempfehlung (der Krankenversicherung) für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111 b SGB V
- Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung idF vom 8. 2. 1996
- verschiedene – z. T. auch indikationsspezifischen – Rahmenempfehlungen der BAR –, die allerdings insbesondere im Bereich der Krankenversicherung von vielen Krankenkassen nicht als verbindliche Grundlage für die Ausübung des Auswahlermessens angewandt werden.

Die Sozialhilfeträger sind bei der Leistungserbringung durch beauftragte Dritte gehalten, mit diesen Leistungserbringern eine Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung abzuschließen, und nur solche Vertragspartner mit der Leistungserbringung zu beauftragen (§§ 75 ff. SGB XII). In den Vereinbarungen sind alle o.g. Vorgaben des SGB IX als vorrangiges Recht iSd § 7 SGB IX zu berücksichtigen, da der Sicherstellungsauftrag des § 19 Abs. 1 SGB IX einschließlich der Beteiligungsrechte der Leistungserbringern- und Betroffenenorganisationen in § 75 SGB XII keine Entsprechung findet. § 75 Abs. 2 SGB XII bindet allerdings die Sozialhilfeträger bei der Durchführung des Sicherstellungsauftrages, wobei Satz 1 und 2 mit § 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB IX, Satz 3 mit § 19 Abs. 4 SGB IX korrespondieren, und im Verhältnis dazu jeweils spezifisches, also vorgehendes Recht beinhaltet. § 75 Abs. 3 und 4 SGB XII wiederum korrespondieren mit § 21 Abs. 1 SGB IX, wobei dessen über § 75 Abs. 3 SGB XII hinausgehenden Anforderungen an die Inhalte der Vereinbarungen nicht mit abweichenden Bestimmungen des SGB XII kollidieren, und insoweit ebenfalls zu beachten sind.

## Rehabilitationsdienste und -einrichtungen

## § 19

Bei der Ausübung des Auswahlermessens sollen die Dienste und Einrichtungen freier oder gemeinnütziger Träger entsprechend ihrer Bedeutung für die Rehabilitation und Teilhabe sowie die Trägervielfalt berücksichtigt werden (§ 17 Abs. 3 Satz 1 SGB I). Die Rehabilitationsträger sind verpflichtet, ihrer Entscheidung zunächst die genannten sachlichen und gesetzlich vorgegebenen Kriterien zu Grunde zu legen. Die Berücksichtigung der Träger nach Bedeutung und Vielfalt verpflichtet nur dazu, alle geeigneten Träger diskriminierungsfrei in die Auswahlentscheidung einzubeziehen, zumal die Vielfalt der Träger aus sozialrechtlicher Sicht eine dienende Funktion zur Erfüllung der Ziele des Gesetzes hat (§ 97 Abs. 1 SGB X).<sup>23</sup>

Bei der Beachtung von Selbstständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit handelt es sich um erst während des Gesetzgebungsverfahrens eingefügte (BT-Drucks. 14/5786 S. 24) Hilfskriterien für die Ermessensausübung, die bei gleicher Eignung der Dienste und Einrichtungen zu beachten sind und gewährleisten sollen, dass sich die Anforderungen der Rehabilitationsträger an die Leistungserbringer ausschließlich an der Verwirklichung der Ziele des SGB IX ausrichten.

**Absatz 4 Satz 2** verpflichtet die Rehabilitationsträger dazu, die Leistungen nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, insbesondere zu **angemessenen Vergütungssätzen** auszuführen (§ 35 Abs 1 Satz 2 Nr 4). Bei der Vereinbarung der angemessenen Vergütung ist ein leistungsbezogenes Vergütungssystem anzustreben (BT-Drucks. 14/5074, S. 105).<sup>24</sup>

**8. Absatz 5** begründet keinen Rechtsanspruch auf **Förderung von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen**, sondern nur einen Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung über ein Förderbegehr im Rahmen der für die Rehabilitationsträger jeweils geltenden Leistungsgesetze (§§ 248 SGB III, 31 SGB VI, 74 SGB VIII, 5 Abs. 5 SGB XII). Bei diesen Entscheidungen sind der Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) und die Selbstständigkeit der Dienste bzw. Einrichtungen zu beachten (§ 17 Abs. 3 Satz 2 SGB I). Diese Regelung ist als ein Instrument der Rehabilitationsträger bei der Ausführung des ihnen nach Abs. 1 übertragenen Sicherstellungsauftrages zur Gewährleistung der erforderlichen Versorgungsstrukturen anzusehen. Ein weiteres Instrument sind die in § 21 geregelten Verträge mit den Leistungserbringern.<sup>25</sup>

Enthält das für einen Rehabilitationsträger geltende Leistungsrecht – zB das SGB V – kein spezifisches Förderrecht, kann eine Förderung gleichwohl nach dem allgemeinen Haushaltrecht für die Sozialversicherungsträger zulässig sein. So gestattet zB § 83 Abs. 1 Nr. 7 SGB IV im Rahmen der Anlage des Rücklagevermögens ausdrücklich die Beteiligung an gemeinnützigen Einrichtungen bzw. die Vergabe von Darlehen für gemeinnützige Zwecke, soweit die Zweckbestimmung der Mittelhingabe vorwiegend den Aufgaben des Versicherungsträgers dient. Die Förderung kann institutionell oder als Projektförderung erfolgen.<sup>26</sup>

Voraussetzung für die Förderung ist ihre Zweckmäßigkeit und, dass die Arbeit der Dienste oder Einrichtungen nicht auf andere Weise sichergestellt werden kann. Die Zweckmäßigkeit ist begründet, wenn der nach Absatz 1 festgestellte Bedarf an Versorgungsstrukturen für Teilhabeleistungen auf andere Weise nicht zu decken ist. Die Förderung ist danach grundsätzlich

## § 20 Teil 1. Reg. f. behinderte u. v. Behinderung bedrohte Menschen

möglich, um Infrastrukturen zu schaffen (zB in nicht ausreichend versorgten Gebieten oder zur Entwicklung von Angeboten für bestimmte Zielgruppen oder einer bestimmten Art – zB ambulant) oder um qualitativ und bedarfsgerecht vorhandene Angebote zu erhalten (die zB unter bestimmten fiskalischen Rahmenbedingungen ohne Förderung existentiell gefährdet wären).

Die Förderung durch Rehabilitationsträger ist absolut nachrangig zum Einsatz vorhandener Eigenmittel, der Beschaffung von Fremdkapital, zur Förderung durch Länder und Kommunen sowie zur Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen durch Erhöhung der Qualität, Ausschöpfung von Rationalisierungsreserven oder anderen Möglichkeiten zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit.

- 28 9. Nach **Absatz 6** sollen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen mit gleicher Aufgabenstellung **Arbeitsgemeinschaften** bilden. Im Gegensatz zu den in § 12 Abs. 2 enthaltenen Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsträger und ihrer Verbände handelt es sich bei den Arbeitsgemeinschaften der Leistungserbringer um Organisationsformen des privaten Rechts. Damit soll insbesondere bei der Planung nach § 19 Abs. 1 und der Qualitätssicherung und -entwicklung nach § 20 die Koordination und Kooperation erleichtert werden (BT-Drucks. 14/5074 S. 104). Die Spaltenverbände der Träger von stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation haben 2008 eine solche Arbeitsgemeinschaft gebildet.

## § 20 Qualitätssicherung

(1) <sup>1</sup>Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 vereinbaren gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen, insbesondere zur barrierefreien Leistungserbringung, sowie für die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer. <sup>2</sup>§ 13 Abs. 4 ist entsprechend anzuwenden. <sup>3</sup>Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 6 und 7 können den Empfehlungen beitreten.

(2) <sup>1</sup>Die Erbringer von Leistungen stellen ein Qualitätsmanagement sicher, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert. <sup>2</sup>Stationäre Rehabilitationseinrichtungen haben sich an dem Zertifizierungsverfahren nach Abs. 2 a zu beteiligen.

(2a) <sup>1</sup>Die Spaltenverbände der Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 3 bis 5 vereinbaren im Rahmen der BAR grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach Absatz 2 Satz 1 sowie ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren, mit dem die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachgewiesen wird. <sup>2</sup>Den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitationseinrichtung auf Bundesebene maßgeblichen Spaltenverbänden sowie den Verbänden der behinderten Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohl-

## Qualitätssicherung

## § 20

fahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(3) <sup>1</sup>Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bereitet die Empfehlungen nach Absatz 1 vor. <sup>2</sup>Sie beteiligt die Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie die nach § 19 Abs. 6 gebildeten Arbeitsgemeinschaften und die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände. <sup>3</sup>Deren Anliegen wird bei der Ausgestaltung der Empfehlungen nach Möglichkeit Rechnung getragen.

(4) § 13 Abs. 3 ist entsprechend anzuwenden für Vereinbarungen auf Grund gesetzlicher Vorschriften für die Rehabilitationsträger.

**1. Sozialpolitischer Hintergrund.** Während nach § 135a Abs. 1 Satz 1 SGB V die Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ihrer Leistung verpflichtet sind, ordnet das SGB IX den Rehabilitationsträgern in § 17 Abs. 1 die Verantwortung für die Ausführung und damit auch die für die Qualität der Rehabilitations- und Teilhabeleistungen zu (so auch die in § 3 Abs. 2 Satz 1 der gemeinsamen Empfehlung „Qualitätssicherung“ enthaltene Selbstverpflichtung der Rehabilitationsträger). Im Rahmen dieser Verantwortung tragen sie nach dieser Vorschrift auch die Verantwortung für die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität, haben die Rahmenbedingungen für das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung zu gestalten sowie letztere durchzuführen.

**2. Entstehung der Norm.** Die Vorschrift wurde durch Art. 1 SGB IX ab <sup>1</sup> 2 1. 7. 2001 unter Änderung des RegE (BT-Drucks. 14/5531 iVm 14/5074) eingeführt. Der AuS-Ausschuss hat in Abs. 1 Satz 1 die Worte „insbesondere zur barrierefreien Leistungserbringung“ eingefügt (BT-Drucks. 14/5800 S. 31). In Abs. 2 wurden die Worte „führen einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement ein ... und entwickeln dieses weiter“ durch „stellen ein Qualitätsmanagement sicher“ ersetzt und in Abs. 3 der Halbsatzes „und die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationsträger auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände“ aufgenommen.

**3. Normzweck.** Die Rehabilitationsträger haben nach **Abs. 1** die Qualität der Leistungen durch gemeinsame Empfehlungen, sowie vergleichende Qualitätsanalysen zu gewährleisten. Nach **Abs. 2** haben die Leistungserbringer die Qualität der Versorgung durch ein Qualitätsmanagement zu gewährleisten und kontinuierlich zu verbessern und sich an dem Verfahren nach Abs. 2a zu beteiligen. **Abs. 2a** sieht im Rahmen der BAR eine gemeinsame Empfehlung zu den Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sowie ein Zertifizierungsverfahren dazu vor. Nach **Abs. 3** sind die Empfehlungen nach Abs. 1 durch die BAR vorzubereiten. **Abs. 4** beinhaltet zur Herstellung von Einvernehmen die entsprechende Anwendung des § 13 Abs. 3.

**4. Gemeinsame Empfehlungen zur Qualitätssicherung.** Absatz 1 verpflichtet die Rehabilitationsträger – mit Ausnahme der Träger der Sozial-

## § 20 Teil 1. Reg. f. behinderte u. v. Behinderung bedrohte Menschen

und Jugendhilfe, die nach Satz 3 beitreten können, jedoch nicht müssen –, zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Rehabilitationsleistungen, insbesondere zur barrierefreien Leistungserbringung gemeinsame Empfehlungen zu vereinbaren. Diese Empfehlungen sind solche iSd § 13, sodass § 13 Abs. 4 entsprechend anzuwenden ist, wonach sich die Rehabilitationsträger bei der Vereinbarung durch ihre Spaltenverbände vertreten lassen können.

Die Pflicht zur Vereinbarung solcher Empfehlungen erstreckt sich auf alle Leistungsgruppen iSd § 5 und nicht etwa nur auf die Leistungen der medizinischen Rehabilitation, für die aus der Vergangenheit die weitestgehenden Ansätze für die Qualitätssicherung vorliegen.

5 Unter Qualität wird allgemein die Gesamtheit der Merkmale oder Merkmalswerte von Produkten oder Dienstleistungen bezüglich ihrer Eignung verstanden, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen (DIN 55 350 = ISO 8402). Die in § 4 Abs. 1 definierten Ziele sind in diesem Sinne als festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse, dh als die Maßstäbe zu verstehen, nach denen die Gesamtheit der Merkmale der auszuführen Leistungen bzw. der ausführenden Einrichtungen auszurichten und der Erfolg der Leistungen zu beurteilen ist (Ergebnisqualität).

Die im Rahmen der Qualitätssicherung der Teilhabeleistungen umzusetzenden, abzusichernden und weiterzuentwickelnden Anforderungen sind – leistungsgruppenübergreifende inhaltliche Anforderungen, wie sie sich insbesondere aus §§ 1, 4 Abs. 1 ergeben, – leistungsgruppenspezifische Anforderungen, wie sie sich insbesondere aus den §§ 26, 33 und 55 ergeben – leistungsgruppenübergreifende- und spezifische Anforderungen, wie sie in den gemeinsamen Empfehlungen nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 1 zu Gegenstand, Umfang und Ausführung der Leistungen oder nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 dazu festgelegt werden, in welcher Weise Leistungen angeboten werden – weitere Qualitätsmerkmale, die in gesetzlichen Regelungen (zB zur Barrierefreiheit in § 17 Abs. 1 SGB I bzw. §§ 4, 7 bis 11 BBG) vorgegeben oder in der gemeinsamen Empfehlung nach § 20 Abs. 1 festgelegt sind (so teilw. auch Haines in LPK-SGB IX, § 20 Rn 6). Im Übrigen wird die Verpflichtung aus § 1 Satz 2, Leistungen zur Teilhabe auch für behinderte und von Behinderung bedrohte Frauen in der spezifisch gebotenen Qualität sicherzustellen, in der Begründung zum Regierungsentwurf ausdrücklich als leistungsgruppenübergreifende inhaltliche Anforderung der Qualitätssicherung genannt.

Die Qualitätssicherung zielt nicht nur auf die Qualität der einzelnen Leistung ab. Sie ist nach der Begründung des Regierungsentwurfs auch „unabdingbare Voraussetzung für die gemeinsame Bedarfsplanung (§ 19 Abs. 1), die Koordinierung der Leistungen und die Kooperation der Leistungsträger, insbesondere für ein trägerübergreifendes Rehabilitationsmanagement“ im Sinne der §§ 10, 11 (BR-Drucks. 49/01 S. 309). Die Bedeutung der Qualitätssicherung für die Durchführung des Sicherstellungsauftrages nach § 19 Abs. 1 unterstreicht der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, der die Rehabilitationsträger mit Blick auf die Auswirkungen der DRG-Einführung ausdrücklich aufruft, „beim Abschluss von