

Diana Ramm, Felix Welti, Martin Kilimann

DAS SGB IX: WEGE ZU SEINER ENTSTEHUNG UND ZU SEINEM VERSTÄNDNIS

I. EINLEITUNG

Die historische Auslegung des Rechts kommt selten über einen Blick in die aktuellste Gesetzesbegründung, den Ausschussbericht und das Plenarprotokoll hinaus. Dort kann man Interessantes finden. Verborgен bleibt dabei oft die Vorgeschichte eines Gesetzes, die sich in seinen Vorläufern, aber auch in gescheiterten Reformbemühungen manifestiert. Dazu kommt, gerade im Sozial- und Rehabilitationsrecht, dass nicht nur Ministerien und Fraktionen, sondern auch die Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände und Verbände der Menschen mit Behinderungen legitimerweise an der Diskussion über geltendes und wünschenswertes Recht beteiligt sind. Zudem haben auch die Anwendung und die Nicht-Anwendung von Recht ihre Geschichte, aus der heraus sich Neufassungen und Auslegungen erklären lassen. Der folgende Beitrag soll, auch gestützt auf Interviews mit Zeitzeugen, einen Blick auf die (Vor-)Geschichte des SGB IX werfen. Was dabei zu Tage tritt, kann nicht umstandslos in den „Willen des Gesetzgebers“ gepackt werden. Aber es kann den Telos, den Zweck des Gesetzes, für die je eigene Auslegung rekonstruieren helfen, jenen legitimen eigenen Standpunkt in der Geschichte, die jedes Gesetz erzählt.¹

II. WEGE ZUM SGB IX

1. Ausgangspunkte der Rechtsentwicklung seit dem Reha-Angleichungsgesetz 1974

Die frühen gesetzlichen Wurzeln der Rehabilitation liegen mehr als 130 Jahre zurück.² Mit dem Gesetz, betreffend

die Invaliditäts- und Altersversicherung³ waren 1889 bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen bereits Leistungen zur Rehabilitation (damals noch Heilverfahren) vorgesehen, um Erwerbsunfähigkeit zu vermeiden (§ 12). Der Rehabilitationsgedanke war frühzeitig auch in der Kranken- und Unfallversicherung präsent. In der Weimarer Republik liegen die Wurzeln der Eingliederung Behinderter in den Arbeitsmarkt und eines erweiterten Kündigungsschutzes in den revolutionären Regelungen⁴ für die rückkehrenden Soldaten. Notwendigkeit und Probleme einer trägerübergreifenden Koordination ziehen sich durch die Geschichte des gegliederten deutschen Sozialrechts.⁵

Eine Neuordnung des Rehabilitationssystems wurde dann in der Bundesrepublik Deutschland stets thematisiert.⁶ Die Sozialenquëte-Kommission diskutierte 1966 fünf Organisationsmodelle⁷ zur Trägerschaft der Rehabilitation. Als „*konsequenteste aller Lösungen*“⁸ wurde ein neuer verantwortlicher Gesamtträger in Form einer Anstalt angesehen, da hierbei der geringste politische Widerstand erwartet wurde. Der Vorschlag konnte sich jedoch nicht durchsetzen.⁹ Das BMAS beschäftigte sich in den 1960er Jahren zeitweilig mit Plänen für eine Reha-GmbH. Als Gegenstrategie wird die Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)¹⁰ 1969 gesehen.¹¹

Seit den 1970er Jahren wurde dann wiederholt eine Novellierung und Fortentwicklung des Rehabilitations- und Schwerbehindertenrechts und eine Zusammenfassung und Eingliederung beider Rechtsgebiete¹² angekündigt. Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation¹³ (Reha-AnglG) 1974 enthielt aber nur „Rege-

lungen über die Aufgaben der Reha-Träger sowie Regelungen zum Reha-Verfahren und zur Überwindung von Zuständigkeitskonflikten“¹⁴ sowie zur Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger. Das Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (Schwerbehindertengesetz; 1974¹⁵; 1986¹⁶) hingegen sollte durch Rechte und Hilfen die Eingliederung Schwerbehinderter in das Arbeitsleben und in die Gesellschaft realisieren.

Mit dem Gesetz wurden die Vorschläge der Sozialenquëte zur Überwindung des gegliederten Systems verworfen, mit der Begründung, dass die Träger die jeweiligen Probleme und Fragen in ihrem Zweig am besten bearbeiten könnten.¹⁷ Die Sozialhilfe wurde trotz mehrfacher Kritik im Gesetzgebungsverfahren ausgeklammert.¹⁸ Unter anderem wurde mit der Komplexität der Einbeziehung der Sozialhilfe und der Absicht einer schnellen Verabschiedung des Gesetzes argumentiert.¹⁹

Das RehaAnglG hat sich als „*wenig wirkungsvoll*“ erwiesen.²⁰ Die Leistungsbereiche drifteten nach Inkrafttreten aufgrund der „*Schwäche*“²¹ des Gesetzes wieder auseinander. Die Forcierung der allgemeinen Kooperation und Koordination der Rehabilitationsträger im Leistungsverfahren sei aufgrund fehlender Sanktionsmöglichkeiten nicht erfolgreich gewesen. Auch wurden Instrumente wie die Auskunfts- und Beratungsstellen (§ 5 I S. 2 RehaAnglG) oder der Gesamtplan (§ 5 III RehaAnglG) von den Rehabilitationsträgern entweder selten oder gar nicht genutzt.²² In der Diskussion um die Weiterentwicklung des Rehabilitationsrechts wird hervorgehoben, dass „*unklare Zuständigkeiten und Koordinationsdefizite*“²³ die Grundlage der Mängel gewesen seien.

Neue Pläne wurden im zweiten Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation (1989) genannt sowie vom Bundestag am 16.1.1992 bestätigt.²⁴

„Nach den Reformgesetzen in der Kranken- und Rentenversicherung beabsichtigt die Bundesregierung, einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem das Rehabilitations- und Schwerbehindertenrecht in übersichtlicher Form zusammengefasst in das Sozialgesetzbuch eingegliedert wird.“²⁵

1992 konstituierte sich eine Arbeitsgruppe der Koalition zur Einordnung des Rehabilitations- und Schwerbehindertenrechts ins SGB IX sowie zur Verständigung über Grundsätze und Eckpunkte eines solchen Gesetzesvorhabens.²⁶ Am 30.6.1993 folgte ein Diskussionsentwurf²⁷, der das Rehabilitationsrecht mit dem Schwerbehindertenrecht verband. Ab August 1993 wurde er intensiv diskutiert und mündete in einen Referentenentwurf (15.11.1993²⁸), der jedoch keine Mehrheit im Bundeskabinett fand und in der 12. Wahlperiode nicht weiter verfolgt wurde.

Auf Basis der neuen Koalitionsvereinbarung wurde im September 1995 eine Koalitionsarbeitsgruppe von CDU/CSU/FDP, geleitet von Bundesminister Norbert Blüm und Staatssekretär Rudolf Kraus, eingesetzt, die die Vorgaben und Leitlinien für das SGB IX erarbeitete²⁹, woraufhin Anfang 1996 die Anhörung der Leistungsträger, Länder und Kommunalverbände sowie Interessenverbände begann. Auch in der 13. Wahlperiode wurde das Vorhaben SGB IX nicht abgeschlossen.

Ein weiteres Eckpunktepapier wurde nach dem Regierungswechsel in der 14. Wahlperiode im Mai 1999 erarbeitet, wozu im Oktober 1999 eine Anhörung der Betroffenenverbände und eine Besprechung in der Arbeitsgruppe des Beirats für die Rehabilitation der Behinderten und die Vorstellung anlässlich des Weltbehindertentages am 2.12.1999 im Bundestag stattfand.³⁰ Schließlich wurde der Beauftragte der

Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen *Karl Hermann Haack* beauftragt, einen Gesetzentwurf zum SGB IX vorzulegen. Die letztliche Beschlussempfehlung des Ausschusses³¹ wurde im Bundestag am 6.4.2001 angenommen³² und das SGB IX trat am 1.7.2001 in Kraft.³³

2. Die Diskussion in der sozialen Selbstverwaltung seit der Reha-Kommission

Das Rehabilitationsrecht und seine Institutionen waren und sind ein wichtiges Handlungsfeld der sozialen Selbstverwaltung, insbesondere durch gewerkschaftliche Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und verbandliche Arbeitgebervertreter.

2017 wurde an der Universität Kassel das Forschungsprojekt „Der Beitrag der sozialen Selbstverwaltung zur Entwicklung des Rehabilitationsrechts vom Reha-Angleichungsgesetz zum SGB IX 1989 bis 2001“, gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung, durchgeführt. Mit dem Projekt wurde eine Materialsicherung vorgenommen. Zudem wurden zehn auskunftsfähige Zeitzeugen der Selbstverwaltung (Gewerkschaften und Arbeitgeber), Leistungsträgerseite und Politik interviewt, die an den Diskussionen beteiligt waren.³⁴

Es scheint eine besonders intensive Phase des erlebten Einflusses auf die Rehabilitationspolitik aus der Selbstverwaltung heraus in den 1980er und 1990er Jahren gegeben zu haben. Entwicklungen zur Modernisierung der Rehabilitation wurden z.B. von *Alfred Schmidt*, der beim Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) für Sozialpolitik verantwortlich war, angestoßen.³⁵ Insbesondere die Reha-Kommission, die 1989 von der Selbstverwaltung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) eingesetzt wurde³⁶, mit ihren verschiedenen Arbeitsbereichen und Projektgruppen, legte zahlreiche Berichtsbände und ihren Abschlussbericht 1991 vor.

Ursprung der Reha-Kommission war 1988 eine Veranstaltung des VDR zur

Rehabilitationsbedürftigkeit aus interdisziplinärer Sicht in Bad Urach mit externen Experten und Expertinnen und Mitgliedern der Selbstverwaltung. Aus der Veranstaltung entstand erhebliches Engagement für die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation und der dann folgenden Reha-Kommission³⁷, deren Etablierung vor allem durch *Werner Doetsch* (BDA) und *Alfred Schmidt* (DGB) forciert wurde.³⁸ Laut Abschlussbericht war ein Ziel der Kommissionsarbeit, *„einen Beitrag zu den langjährigen Planungen der Bundesregierung zu leisten, die darauf gerichtet sind, das Rehabilitationsrecht in einem Sozialgesetzbuch IX zusammenzufassen und die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Rehabilitation teilweise neu zu gestalten.“³⁹*

Die interviewten Personen aus der Selbstverwaltung sehen einen Einfluss der Reha-Kommission und der Selbstverwaltung auf die Entwicklung des SGB IX:

„Der entscheidende Impuls ist aus der Selbstverwaltung gekommen. Aus der Diskussion die die Selbstverwaltung, Alfred Schmidt und andere aufgenommen haben und, gesagt haben, wir müssen dem – dem stellen. Und alle Themen (...) die jetzt auch beim SGB IX eine Rolle, die haben ja auch in der Diskussion im Reha-Kommissionsbereich eine Rolle gespielt. Und da sehe ich schon dann immer mehr oder weniger direkte Verbindungen.“⁴⁰

*Hubert Seiter*⁴¹ attestiert der Reha-Kommission: *„Ohne Kommission kein SGB IX. Bin ich sicher.“⁴²* *Harry Fuchs*⁴³ sagt dazu, dass weitgehend Vorschläge des Abschlussberichts und Elemente aus den Abschlussberichten der einzelnen Fachgruppen später ins SGB IX eingeflossen sind und dies auch so gedacht war.⁴⁴ *Heinz-Peter Hüttenmeister*⁴⁵ verweist darauf, dass Ende 1991 ausdrücklich eine Art Beschlussfassung der Reha-Kommission zu den Themen, die relevant für das SGB IX sind, abgegeben wurde, die dann als Stellungnahme in die Beratungen zum SGB IX

seitens der Rentenversicherung eingegangen sind.⁴⁶

Die Rolle der Selbstverwaltung zur Entwicklung des Rehabilitationsrechts bis zum SGB IX wird jedoch aus verschiedenen Positionen heraus unterschiedlich bewertet. Auf Ministerialebene wurden keine direkten Impulse zur Entwicklung des Rehabilitationsrechts und des SGB IX aus den Ergebnissen der Reha-Kommission heraus wahrgenommen,⁴⁷ wohl aber über die BAR⁴⁸, an der mittelbar die Selbstverwaltung beteiligt ist. Noch bevor sich im November 1992 eine Arbeitsgruppe der Koalition zum SGB IX bildete, wurden im Juni 1992 von der BAR Vorschläge zur Regelung trägerübergreifender Aspekte des Rehabilitationsrechts in einem SGB IX beschlossen und an das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung gesandt.⁴⁹ Schließlich haben die Organe der sozialen Selbstverwaltung in den Sozialversicherungsträgern, ihren Landes- und Spitzenverbänden und in der BAR durch ihre Mitwirkung an der politischen Willensbildung den Prozess zur Entstehung des SGB IX mittelbar mitgestaltet. Es gab durch sie politische Impulse, die bei der Erarbeitung des SGB IX aufgegriffen und durch entscheidende Personen weitertransportiert wurden.

Andere Interviewte betonen den Einfluss von Persönlichkeiten wie *Harry Fuchs* als Dreh- und Angelpunkt, koppelten ihn jedoch nicht institutionell an die Reha-Kommission oder Selbstverwaltung.⁵⁰ *Fuchs* selbst meint, dass die verschiedenen Ergebnisse der Reha-Kommission für sich gesehen Bausteine für die Regelungen im SGB IX waren, die Selbstverwaltung aber in der direkten Implementation vom Ergebnis zum Gesetz nicht beteiligt war.⁵¹

3. Die 1990er Jahre als Jahrzehnt der deutschen Einigung

Das politische Geschehen in den 1990er Jahren wurde wesentlich durch die deutsche Einigung geprägt. In der Gesamtchau wurde der Rehabilitations- und

Behindertenpolitik eine nur sekundäre Bedeutung im Einigungsprozess zugewiesen.⁵² Die Zusammenführung des Schwerbehinderten- und Rehabilitationsrechts in ein gemeinsames Gesetz wurde nicht zuletzt aufgrund drängenderer Fragen der Einigung zurückgestellt.⁵³

Im Gesamtgefüge der Neuetablierung von Strukturen im Rehabilitations- und Behindertenrecht in Ostdeutschland wurde eine „Eins-zu-Eins-Übertragung“ der bestehenden westdeutschen Strukturen angestrebt. Dennoch waren nicht alle Verantwortlichen Verfechter einer Eins-zu-Eins-Übertragung, weil ihnen die Mängel im westdeutschen System genau bekannt waren und sie hofften, diese über den Vereinigungsprozess mindern zu können.⁵⁴

Wenn es um die Frage geht, ob und wie gegebenenfalls Strukturen der DDR fortwirkten, war das Instrument der Geschützten Arbeit wiederholt Thema politischer Diskussionen nach dem Umbruch. Von der Grundidee der Geschützten Arbeit kann eine Linie zu den Integrationsprojekten (§ 132 SGB IX a.F.), heute Inklusionsbetriebe (§ 215 SGB IX), gezogen werden. Eine weitere Parallele kann auch zur 2008 eingeführten Unterstützten Beschäftigung⁵⁵ gezogen werden. Weiterhin wurde den fachlichen Zielvorgaben der Rehabilitation und den „*vorbildlich differenziert strukturierten zentralen Anlauf- und Beratungsstellen*“⁵⁶ der DDR ein Modellcharakter für die Bundesrepublik Deutschland konzidiert.

Inwiefern die vorgenannten Instrumente der DDR im SGB IX gegebenenfalls Paten standen, ist nicht exakt darzulegen. Die Bundesregierung attestierte zumindest dem Rehabilitationsrecht der DDR nützliche Instrumente, gerade zur Eingliederung von Menschen mit Behinderung in den Arbeitsmarkt, und stellte wiederholt deren Weiterführung bzw. Übernahme in Aussicht.⁵⁷ Es wurde versucht, die auch für die Bundesrepublik wünschenswerte Bündelung von Aufgaben und Zuständigkeiten im Rehabilitationsrecht der DDR im SGB IX stückweise nach-

zubilden, was offiziell jedoch so nicht ausgesprochen wurde.⁵⁸

4. Organisationen und Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderungen

Mit der deutschen Einigung kam insbesondere im Zuge des Entwurfs einer neuen Verfassung der DDR und dem darin verankerten Benachteiligungsverbot wieder eine neue und intensive Dynamik in die Bestrebungen zur rechtlichen Gleichstellung von Menschen mit Behinderung. Erste Bestrebungen sind in den 1980er Jahren, ausgehend vom „Krüppel-Tribunal“⁵⁹, zu verorten.⁶⁰ Um die Einführung des Satzes „*Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.*“ in das Grundgesetz entbrannte ein zähes Ringen. 1994⁶¹ wurde das Benachteiligungsverbot in Art. 3 III S. 2 GG Teil des Grundgesetzes.⁶² Aus dieser Dynamik heraus wirkten die Organisationen und Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderungen bei der Entwicklung des SGB IX erheblich mit.

Die Organisationen und Interessenvertretungen waren frühzeitig an den Diskussionen über ein einheitliches Rehabilitationsrecht und insbesondere über den Diskussionsentwurf vom 30.6.1993 beteiligt. Auf Anregung des VdK, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie wurde für den Fall der Verletzung des Benachteiligungsverbots ein Verbandsklagerecht für Behindertenverbände in den nachfolgenden Referentenentwurf (§ 152a) aufgenommen.⁶³

In der 13. und 14. Wahlperiode fanden die Anhörungen zum SGB IX unter Beteiligung der Organisationen und Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderungen statt. Besonders intensiv war der Austausch nach dem Regierungswechsel 1998 zur SPD. Im Oktober 1999 fand eine Anhörung der Betroffenenverbände zu den Eckpunkten statt, bei dem die beteiligten Verbände die Regierungskoalition aufriefen, „so früh wie möglich Einfluss auf

die Erarbeitung eines Referentenentwurfes zu nehmen, um auf diese Weise zu verhindern, dass wesentliche Kernelemente der Eckpunkte schon im Verlauf der Vorbereitungen des Referentenentwurfes an Substanz verlieren (...).⁶⁴ Haack als Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen hat maßgeblich dazu beigetragen, die Organisationen und Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderungen in den Entstehungsprozess einzubeziehen, in dem sie erheblichen Einfluss erlangen konnten.⁶⁵

5. Die politische Konstellation der 14. Wahlperiode

1998, nach dem Wechsel zu einer rot-grünen Mehrheit in Bundestag und Regierung, bot sich erneut die Möglichkeit, das im Koalitionsvertrag⁶⁶ verankerte Vorhaben eines SGB IX zu realisieren. Karl Hermann Haack übernahm nicht ganz unumstritten das Amt des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. Gerade von Verbandsseite der Menschen mit Behinderungen gab es massive Widerstände gegen die Besetzung. Es war die Rede von „einer glatten Fehlbesetzung, (...) einer Versorgungsfunktion“⁶⁷, da Haack im Vorwege im Gespräch als Gesundheitsminister gewesen war.

Haack ließ sich in seiner Funktion nicht nur vom vierten Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation⁶⁸ inspirieren. Den Wendepunkt brachte eine gemeinsame USA-Reise von Haack mit Verbandsvertretern, bei der Verbände und Institutionen der Civil-Right-Movement-Bewegung besucht wurden.⁶⁹ Beim Schlussgespräch bei den Vereinten Nationen in New York wurde Haack in der Eigenwahrnehmung „im biblischen Sinne gesprochen, vom Saulus zum Paulus“.⁷⁰ Nach der Reise hat Haack über Frank-Walter Steinmeier (damals Leiter des Bundeskanzleramtes) und Gerhard Schröder (Bundeskanzler) mit Walter Riester (Bundesminister für Arbeit und Soziales) das

Gespräch gesucht⁷¹ und den Weg für den „Schlussakt“ des SGB IX geebnet.

Haack beschreibt den Entstehungsalltag insofern als schwierig „als die willige Ministerialbürokratie des Ministeriums einen eigenen, im Grunde in der Tradition des Sozialrechtes stehenden Rehabilitationsgesetzentwurf hatte“.⁷² Ein Gesetzesentwurf seitens des Behindertenbeauftragten, der auch unter Mitwirkung von Fuchs entstanden ist, wurde von der Ministerialbürokratie wenig begeistert aufgenommen. Aus diesem Dilemma heraus wurde mit dem SPD-Fraktionsvorsitzenden Peter Struck und über weitere Umwege der Entwurf zum SGB IX als Fraktionsentwurf übernommen „und damit konnte die Ministerialbürokratie nichts mehr verhindern“.⁷³ Das Wechselspiel zwischen Ministerium und Behindertenbeauftragten blieb auch in der Folge nicht reibungslos. Es wird dabei von einer „Machtprobe zur Einfädung eines Paradigmawechsels“⁷⁴ gesprochen. Haack verstand es zudem, die verschiedenen Player strategisch in der Koalitionsarbeitsgruppe Behindertenpolitik zu vereinen und hatte so praktisch ein offizielles Gremium⁷⁵, das fraktionsübergreifend hinter ihm und den Vorschlägen für ein SGB IX stand.

Am Zustandekommen des SGB IX in der 14. Wahlperiode waren der zuständige Referatsleiter im BMAS, Hartmut Haines, und Haack ursächlich beteiligt. Haines: „Der hat dann die Dampflok gespielt, um das Vorhaben im Parlament, in der Fachöffentlichkeit durchzubringen. Dabei war ich, um im Bilde zu bleiben, ein Rad an dieser Lokomotive.“⁷⁶ Fuchs kann als Dampfkessel der Haack'schen Lok gelten und wurde in diesem Prozess zeitweise als Gegenpol zu Haines wahrgenommen.⁷⁷ Er äußert große Hochachtung für die sehr klugen Formulierungen, die Haines dann für das Gesetz gefunden hat.⁷⁸ Das keineswegs konfliktfreie Wechselspiel verschiedener Akteure im Parlament, im Ministerium, in der Selbstverwaltung und den Verbänden brachte, gegen massive Beharrungskräfte gerade in den Verwaltungen, aber auch im BMAS, das SGB IX

schließlich in die Spur und zum Inkrafttreten am 1.7.2001.⁷⁹

III. SOZIALPOLITIK ZWEITER ORDNUNG – ODER: DIE BLOCKADEKRAFT DER REHABILITATIONSTRÄGER

Nach der Verabschiedung war schon früh die stockende Umsetzung des SGB IX wahrnehmbar⁸⁰ und auch in der Folge zeigte sich, dass die Träger versuchten „wirkliche oder vermeintliche[] ‚Lücken‘ der gesetzlichen Regelungen“⁸¹ zu nutzen.⁸² Ein Entschließungsantrag des Bundestages im Mai 2005 hob hervor, dass die Träger dem Grundgedanken des SGB IX Rechnung tragen müssten, andernfalls seien „strukturgesetzliche Maßnahmen notwendig“⁸³.

Bei einer Untersuchung der „Funktionsfähigkeit des SGB IX im Bereich von Kooperation und Koordination“,⁸⁴ und damit der Funktionsfähigkeit des gegliederten Systems, wurden Instrumente wie die Gemeinsamen Servicestellen (§ 23 SGB IX a.F.), Gemeinsame Empfehlungen (§ 13 SGB IX a.F.) und das Persönliche Budget (§ 17 SGB IX a.F.) darauf untersucht, ob sie „zugunsten des Versicherten mit Leistungsbedarf funktionieren[en]“⁸⁵. Im Ergebnis wird festgestellt, dass das SGB IX an der „passiven oder gar aktiven Blockadekraft der primär an sich selbst interessierten Träger“⁸⁶ nichts geändert habe.

Die Interviews geben vielfache Hinweise darauf, dass die Rehabilitationsträger die Implementierung des SGB IX blockiert haben. Als Beispiel werden vorrangig die Gemeinsamen Servicestellen benannt.⁸⁷ Schon im Vorfeld sei von den Rehabilitationsträgern und deren Selbstverwaltung versucht worden, eine gesetzliche Vorgabe zu den Servicestellen zu verhindern.⁸⁸ Die Benennung der Gemeinsamen Servicestellen als nicht umgesetztes Instrument des SGB IX sticht in den offen geführten Interviews deutlich hervor.⁸⁹ Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Kritik an der Umsetzung der Gemeinsamen Servicestellen und der geforderten Zusammen-

arbeit der Träger schon früh einsetzte und umfangreich war.⁹⁰ In der Gegenprobe zeigt sich, dass es auch Beispiele für die umfangreiche Umsetzung der Gemeinsamen Servicestellen und damit für die Implementierung des SGB IX gibt. Dies scheint jedoch auf Einzelpersonen in der Geschäftsführung und der Selbstverwaltung zurückzuführen sein, so *Seiter* in Baden-Württemberg.⁹¹ Deutlich wird dabei, dass der Vergleich auf Landesebene innerhalb eines Rehabilitationsträgers finanzpolitischen Druck erzeugen kann, welcher wiederum zur Nichtumsetzung von gesetzlichen Vorgaben führt.⁹²

Bei der Suche nach Blockaden durch die Rehabilitationsträger unabhängig vom Zeitpunkt lässt sich feststellen, dass Blockaden am ehesten in der Krankenversicherung und der Rentenversicherung wahrgenommen wurden.⁹³ In der trägerübergreifenden Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation blockierten die Träger sich gegenseitig und einigten sich nur auf den kleinsten gemeinsamen Nenner, wie einige Interviewpartner meinten.⁹⁴

Die Selbstverwaltung erscheint sehr heterogen. Zum einen aufgrund der Konstellation von Arbeitnehmern und Arbeitgebern innerhalb von Sozialversicherungszweigen und zum anderen aufgrund der sich gegenüberstehenden Sozialversicherungszweige. Selbstverwalter*innen würden sich so teilweise auf verschiedenen Seiten gegenüberstehen.⁹⁵ Kritisch wird wahrgenommen, dass Selbstverwaltung und Träger bei vorhandenem oder sich abzeichnendem Reformdruck aktiver würden. Gerade im Vorfeld des SGB IX seien diese sehr aktiv gewesen.⁹⁶

Sozialleistungsträger erscheinen, gerade in Kombination mit den in der Selbstverwaltung tätigen Verbänden, als eigenständiger politischer Faktor mit Verhinderungsmacht. Die Grenze der politischen Unterstützung, die *Haack* bei der Durchsetzung des SGB IX erfahren hatte, sei erreicht worden, so berichtet er, als *Haack* zwei Jahre nach der Verabschiedung einen umfangreicheren Reformvorschlag, der unter an-

derem eine Reform der Institutionen vorsah, vorlegte:⁹⁷ „*Den Krieg mit den Krankenkassen fangen wir nicht an, den können wir nur verlieren.*“⁹⁸

Fuchs hat als Ursachen von Implementationsproblemen des SGB IX die geteilte Zuständigkeit der Bundesministerien für die Rehabilitationsträger (BMAS und BMG), die uneinheitliche Aufsicht über die Rehabilitationsträger, das institutionelle Eigenleben der Krankenkassen, namentlich durch die Eigenrationalität des Kassenwettbewerbs und fehlende Rechtsprechung, auch mangels geeigneter Fälle beim Bundessozialgericht (BSG)⁹⁹, identifiziert und attestiert den Selbstverwaltungskörperschaften, die „*institutionelle Inkonsistenz*“ nicht aus eigener Kraft aufarbeiten zu können.¹⁰⁰

Köpke hat die ehrenamtliche Arbeit in der Selbstverwaltung von Rehabilitationsträgern empirisch und konzeptionell aufgearbeitet und dabei festgehalten, dass es oft an einem hinreichenden Gegengewicht zum Informationsvorsprung der Hauptamtlichen mangelt. Eine trägerübergreifende Vernetzung der Ehrenamtlichen findet, auch durch die sie entsendenden Organisationen, nicht in dem Maße statt, wie sie nötig wäre, um Themen wie die Servicestellen anzuschieben.¹⁰¹

Insofern konnten trotz Interventionen aus den Gewerkschaften¹⁰² und einer raschen wissenschaftlichen rechtsdogmatischen Aufarbeitung des neuen Rechts¹⁰³ die Implementationsblockaden mit Blick auf die Gemeinsamen Servicestellen nicht gelöst werden. Anders war dies bei anderen Neuerungen des SGB IX. Hier hat die Rechtsprechung des BSG, insbesondere zur Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX, den Telos des SGB IX für Koordination und Kooperation entfaltet,¹⁰⁴ während es in Bezug auf die Konvergenz des Leistungsrechts zurückhaltend geblieben ist.¹⁰⁵ Deutlich wird, dass Rechtsprechung und Rechtswissenschaft das zähe Ringen unterschiedlich verarbeiten können: Betonte etwa *Neumann* die integrativen Zwecke des Gesetzes¹⁰⁶, stellte *Luthe* stärker darauf ab, dass sich

entsprechende Impulse gegen die vorfindliche Realität der Organisationen nicht durchsetzen lassen.¹⁰⁷ Es fehlte ein systematischer und effektiver Gesamtzugang.¹⁰⁸

IV. AUSBLICK: BUNDESTEILHABEGESETZ UND DARÜBER HINAUS

Die nächste große Reform des Rehabilitationsrechts, das Bundesteilhabegesetz von 2016, änderte das SGB IX umfassend. In seiner Vorbereitung – die noch zu kurz zurückliegt für eine historische Aufarbeitung mit voll auskunftsbereiten Zeitzeugen – sind die Verbände von Menschen mit Behinderungen wieder als starke Akteure sichtbar und – der zentralen Reform der Eingliederungshilfe entsprechend – die Länder und kommunalen Spitzenverbände. Als neuer Faktor kam – wie in den 1990er Jahren das Benachteiligungsverbot – die UN-Behindertenrechtskonvention dazu und mit ihr ein noch stärkerer Einfluss der internationalen antidiskriminierungsrechtlichen Diskussionen. Die Sozialversicherungsträger und die in ihrer Selbstverwaltung vertretenen Verbände waren in der Diskussion des BTHG eher in der zweiten Reihe präsent.

Hier endet die Geschichte der Servicestellen. Ihre gesetzliche Grundlage wurde durch das BTHG aufgehoben. In der Begründung heißt es:

„*Fehlende Verbindlichkeit und Finanzierungsstrukturen haben dazu geführt, dass die Gemeinsamen Servicestellen nicht die gewünschten Ziele erreicht und Aufgaben erfüllt haben. Mit diesem Gesetz entfallen daher die Vorschriften zu den Gemeinsamen Servicestellen. Der Gedanke, zu einer besseren Koordination und Kooperation der Rehabilitationsträger im Sinne der Betroffenen zu kommen wird mit diesem Gesetz jedoch konsequent weiter verfolgt.*“¹⁰⁹

Mit dem Bundesteilhabegesetz wurde einerseits den Trägern je einzeln auf-

gegeben, Ansprechstellen zu benennen, die Informationsangebote an Leistungsberechtigte, an Arbeitgeber und an andere Rehabilitationsträger vermitteln (§ 12 I S. 3 SGB IX). Weiterhin wurde, mit erheblicher finanzieller Förderung des Bundes versehen, die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) eingeführt (§ 32 SGB IX), in der die Verbände von Menschen mit Behinderungen eine wichtige Rolle spielen. In der jetzt laufenden Wahlperiode wurde die Förderung der EUTB verstetigt (§ 32 VI, VII SGB IX)¹¹⁰ und es wurden durch das Teilhabestärkungsgesetz¹¹¹ einheitliche Ansprechstellen für Arbeitgeber geschaffen, die flächendeckend und trägerunabhängig einzurichten sind (§ 185a SGB IX). Verantwortlich sind die Integrationsämter, die die Integrationsfachdienste oder andere geeignete Träger beauftragen sollen, die Finanzierung erfolgt aus der Ausgleichsabgabe.

Verbindlichkeit und Finanzierungsstrukturen wirken geklärt, die Rehabilitationsträger sind außen vor. Mit etwas Optimismus und Geduld kann man hoffen, dass das Rehabilitationsrecht ein lernendes System ist. Die nächste Reform kommt bestimmt.¹¹²

LITERATUR

- Bogs/Achinger/Meinhold/Neundörfer/Schreiber: Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland – Bericht der Sozialenquète-Kommission, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1966.
- Braun: Die Rehabilitation im System des Sozialleistungsrechts aus sozialpolitischer Sicht unter besonderer Berücksichtigung der Probleme der trägerübergreifenden Kooperation und Koordination, in: Welti (Hg.): Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Rehabilitationsträger, Berlin 2009, 33–45.
- Büchner: Forum 1, Behinderte Menschen: Selbstbestimmung – Eigenverantwortung – Handlungskompetenz, in: Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke (Hg.): Karrieren statt Barrieren, SGB IX – eine erste Bilanz, Hamburg 2003, 42–107.
- Buhr: Programmentwicklung im politisch-administrativen System. Das Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1974, Bielefeld 1987.
- Daniels/Degener/Jürgens/Krick/Mand/Mayer/Rothenburg (Hg.): Krüppel-Tribunal: Menschenrechtsverletzungen im Sozialstaat, Köln 1983.
- Frerich/Frey: Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Band 3: Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland bis zur Herstellung der Deutschen Einheit, München/Wien 1996.
- Fuchs: Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation, St. Augustin 2008.
- Fuchs: 20 Jahre SGB IX – Impulse zu einer Agenda 2025, Beiträge D22-, D23-2021, www.reha-recht.de
- Gerke/Schäfer: Weiterentwicklung des Rechts zur Eingliederung Behinderter – Vorschläge der BAR zu einem SGB IX, in: Die Rehabilitation 1992, 211–216.
- Haack: Vom bürokratischen Sozialstaat zum sozialen Bürgerstaat – Eine notwendige Provokation, in: <https://www.wernerschell.de/Rechtsalmannach/Sozialrecht/sozialstaat.php>.
- Hänlein/Tennstedt: § 2 Geschichte des Sozialrechts, in: Ruland/Becker/Axer (Hg.): Sozialrechtshandbuch. 6. A., Baden-Baden 2018, 83–130.
- Haines: Die Umsetzung des SGB IX – erste Erfahrungen, Aus der Sicht des Gesetzgebers, in: Igl/Welti (Hg.): Recht der Rehabilitation und der Teilhabe, Zwischenbilanz zum SGB IX: Kritische Reflexion und Perspektiven, Wiesbaden 2004, 42–50.
- Hase: Die Umsetzung des SGB IX – erste Erfahrungen aus der Sicht der behinderten und chronisch kranken Menschen, in: Igl/Welti (Hg.): Recht der Rehabilitation und der Teilhabe, Zwischenbilanz zum SGB IX: Kritische Reflexion und Perspektiven, Wiesbaden 2004, 23–28.
- Hauck: Auswirkungen des SGB IX auf die Rehabilitation aus Sicht des Bundessozialgerichts, in: DAK/HMK (Hg.), SGB IX – Trends, Auswirkungen und Herausforderungen für die Gesetzliche Krankenversicherung, Hamburg 2009, 46–59.
- Hlava: Der Beratungsauftrag der gemeinsamen Servicestellen und Rehabilitationsträger, D-16/2012, www.reha-recht.de.
- Jung: 20 Jahre Reha-Angleichungsgesetz – Vorstufe zum SGB IX oder Endstation der Bemühungen um ein einheitliches Recht für die Behinderten, KrV 1994, 235–245.
- Köpke/Richter/Welti: Soziale Selbstverwaltung und Rehabilitation. Hans-Böckler-Stiftung Study 384. Düsseldorf 2018.
- Kohte/Ramm/Welti: Hartmut Haines – Er brachte das SGB IX in die Spur – Ein Nachruf, in: <https://www.reha-recht.de/infothek/beitrag/artikel/hartmut-haines-er-brachte-das-sgb-ix-in-die-spur-ein-nachruf/>
- Kostorz: Sozialstaatliche Intervention zu Gunsten von Menschen mit Behinderung. Baden-Baden 2008.
- Kraus: Rehabilitation Behinderter im Systemvergleich. Problemdarstellung, aufgezeigt am Beispiel innerdeutscher Entwicklungen, in: Siek/Pape/Blumenthal/Schmollinger (Hg.): Erfolgsbeurteilung in der Rehabilitation. Ulm 1995, 46–52.
- Kolb/Seidel: Rehabilitationsrecht. Kommentar, Münster 1985.
- Luthe: Gesetzesziele und Begriff der Behinderung in: Luthe (Hg.), Rehabilitationsrecht, 2. A. Berlin 2015, 119–147.
- Müller/Christensen: Juristische Methodik Bd. I, Berlin 2009.
- Neumann: Gegliedertes System und Vereinheitlichung in: Deinert/Neumann (Hg.): Handbuch SGB IX, Baden-Baden 2009, 96 ff.
- Nürnberger/Köpke: Koordination in der Rehabilitation – noch immer viel zu tun, SozSich 2009, 225–229.
- Ramm: Die Rehabilitation und das Schwerbeschädigtenrecht der DDR im Übergang zur Bundesrepublik Deutschland. Strukturen und Akteure, Kassel 2017.
- Reimann: § 28 Rehabilitation und Teil-

- habe behinderter Menschen, in: Ruland/Becker/Axer (Hg.): Sozialrechtshandbuch. 6. A., Baden-Baden 2018, 1353–1411.
- Seel: Denken, planen und handeln im gegliederten Sozialleistungssystem – Aufgaben und Selbstverständnis der BAR, RP-Reha 1/2020, 7–10.
- Schliehe/Zollmann: Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: BMAS/Bundesarchiv/Ritter (Hg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 11, 1989–1994: Bundesrepublik Deutschland – Sozialpolitik im Zeichen der Vereinigung, Baden-Baden 2007, 741–763.
- Schmidt: Die Rehabilitation in der Rentenversicherung – Gedanken zu ihrer Weiterentwicklung, DRV 1988, 519–563.
- Schulin: Kodifikatorische Anforderungen an ein Buch „Rehabilitationsrecht“ – SGB IX – aus juristischer Sicht, SDSRV Bd. 37 (1993), 7–33.
- Shafaei: Die gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation (2008).
- Spörke: Behindertenpolitik im aktivierenden Staat. Eine Untersuchung über die wechselseitigen Beziehungen zwischen Behindertenverbänden und Staat, Kassel 2008.
- Tiemann: Intention und Geist der gemeinsamen Empfehlungen, RP-Reha 1/2018, 25–35.
- VDR: Fachausschuss für Rehabilitation: Niederschrift der Sitzung 5/90 vom 28.11.1990.
- VDR: Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Frankfurt am Main 1992.
- Walling: Das Prinzip der Individualisierung von Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Krankenversicherung, Kassel 2015.
- Welti: Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, Tübingen 2005.
- Welti: Behinderung und Rehabilitation aus rechtswissenschaftlicher Sicht: Vom Fehlen eines systematischen und effektiven Gesamtzugangs in: Masuch/Spellbrink/Becker/Leibfried (Hg.), Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats – Bundessozialgericht und Sozialstaatsforschung, Berlin 2015, 621–646.
- Welti: Zwischen unteilbaren Menschenrechten und gegliedertem Sozialsystem, in: Degener, T./v. Miquel, M. (Hg.), Aufbrüche und Barrieren – Behindertenpolitik und Behindertenrecht in Deutschland und Europa seit den 1970er-Jahren, Bielefeld 2019, 15–42.
- ¹ Vgl. Müller/Christensen (2009), 382 ff.
- ² Ausführlich: Welti (2005), 183 ff.
- ³ 22.6.1889; RGBl. I Nr. 13 97.
- ⁴ VO v. 9.1.1919 (RGBl. 28) und VO v. 1.2.1919 (RGBl. 132); später Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter v. 12.1.1923; RGBl. I Nr. 10 57.
- ⁵ Vgl. Tiemann (2018).
- ⁶ Vgl. Frerich/Frey (1996), 80.
- ⁷ Vgl. Sozialenquôte (1966), 297 ff.
- ⁸ Sozialenquôte (1966), 301; BT-Drs. III/1825 2.
- ⁹ Vgl. Hänlein/Tennstedt (2018), 109.
- ¹⁰ Zu ihrem heutigen Stand Seel (2020).
- ¹¹ Walling (2015), 66 f.
- ¹² Reimann (2018), 1354.
- ¹³ 15.8.1974; BGBl. I Nr. 92 188 ff.
- ¹⁴ Kolb/Seidel (1985), 16.
- ¹⁵ 29.4.1974; BGBl. I Nr. 46 1005.
- ¹⁶ 26.8.1986; BGBl. I Nr. 45 1421.
- ¹⁷ BT-Drs. 05/4110
- ¹⁸ Buhr (1987), 47 f., 53.
- ¹⁹ Buhr (1987).
- ²⁰ Walling, (2015) 79 f.; Welti (2019) 16.
- ²¹ Jung (1994), 239: Ursache hierfür war, dass sich Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen (§ 9 I RehaAnglG) weiterhin nach den Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger richteten.
- ²² Kistorz (2008), 166: Perspektivisch sollten trägerübergreifende Auskunft- und Beratungsstellen eingerichtet werden (§ 5 RehaAnglG). Dies ist nie umgesetzt worden.
- ²³ Schulin (1992), 14.
- ²⁴ 2.5.1989; BT-Drs. 11/4455 sowie 16.1.1992; BT-Drs. 12/1943.
- ²⁵ BT-Drs. 11/4455 54.
- ²⁶ Gerke/Schäfer (1992), 212.
- ²⁷ Vgl. Walling (2015), 132.
- ²⁸ Vgl. Walling (2015), 141.
- ²⁹ Vgl. Walling (2015), 143.
- ³⁰ Vgl. Walling (2015), 145 f.
- ³¹ 4.4.2001; BT-Drs. 14/5786.
- ³² 6.4.2001; BT-PIPr. 14/165 16113 ff.
- ³³ 19.6.2001; BGBl. I Nr. 27 1046.
- ³⁴ Interviews (2017): Diana Ramm, Transkripte: Martin Kilimann. Transkripte und audiografierte Gespräche sind im Archiv der sozialen Demokratie auf Anfrage zu Forschungszwecken zugänglich.
- ³⁵ Schmidt (1988).
- ³⁶ Vgl. VDR (1992), I.
- ³⁷ Interview (Itv) Buschmann-Steinhage, Z. 7 ff.
- ³⁸ Vgl. VDR (1992), 1.
- ³⁹ VDR (1992), 1.
- ⁴⁰ Itv Hüttenmeister, Z. 247 ff.
- ⁴¹ 1982–2016 LVA Württemberg (später LVA Baden-Württemberg, später DRV Baden-Württemberg), Leitung der Abteilung Rehabilitation, der Abteilung Versicherung und Rente, zuletzt Erster Direktor.
- ⁴² Itv Seiter, Z. 572.
- ⁴³ Bis 1991 stellvertretender Leiter der Abt. Zentrale Heilstättenverwaltung LVA Rheinprovinz, seit 1988 freigestellt für die Kommission des VDR zur Weiterentwicklung der Rehabilitation; 1991–1992 Abteilungsleiter Sozialversicherung, Kassenarzt- und Kassenzahnartzrecht des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie; 1992–2001 Abteilungsdirektor und Stellvertreter des Präsidenten des Landesamtes für Jugend, Soziales und Versorgung Rheinland-Pfalz; 2001–2016 Berater des/der jeweiligen Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der behinderten Menschen.
- ⁴⁴ Vgl. Itv Fuchs, Z. 355 ff., 712 f.
- ⁴⁵ 1989–1991 alternierender Vorsitzender der Reha-Kommission.
- ⁴⁶ Vgl. Itv Hüttenmeister, Z. 149 ff.
- ⁴⁷ Vgl. Itv Haack, Z. 271; Itv Haines, Z. 95.
- ⁴⁸ Vgl. Itv Haack, Z. 364; Itv Haines, Z. 74.
- ⁴⁹ Gerke/Schäfer (1992), 211 f.
- ⁵⁰ Vgl. Itv Weber-Falkensammer.
- ⁵¹ Vgl. Itv Fuchs, Z. 709 ff.
- ⁵² Vgl. Schliehe/Zollmann (2007), 743.
- ⁵³ Vgl. VDR. Fachausschuss für Rehabilitation (1990).
- ⁵⁴ Vgl. Ramm (2017), 251.
- ⁵⁵ 7.10.2008; BT-Drs. 16/10487.

- ⁵⁶ Kraus (1995), 49.
⁵⁷ Ramm (2017), 287.
⁵⁸ Ramm (2017), 287 f.
⁵⁹ Hierzu vgl. v. Daniels et al. (1983).
⁶⁰ Vgl. dazu in diesem Heft die Beiträge von Theben und von Miquel.
⁶¹ 27.10.1994; BGBl. I Nr. 75 3146.
⁶² Ausführlich vgl. Ramm (2017), 154 ff.
⁶³ Vgl. Walling (2015), 141.
⁶⁴ Spörke (2008), 133.
⁶⁵ Vgl. Itv Fuchs, Z. 895; vgl. Walling (2015), 155 f.
⁶⁶ Aufbruch und Erneuerung – Deutschlands Weg ins 21. Jahrhundert. Koalitionsvereinbarung zwischen SPD und Bündnis 90/Die GRÜNEN, 26.
⁶⁷ Vgl. Itv Haack, Z. 126 ff.
⁶⁸ 18.12.1997; BT-Drs. 13/9514.
⁶⁹ Vgl. Itv Haack, Z. 136 ff.
⁷⁰ Vgl. Itv Haack, Z. 146.
⁷¹ Vgl. Itv Haack, Z. 147 ff.
⁷² Itv Haack, Z. 154 f.; vgl. auch Itv Fuchs, Z. 996 f.
⁷³ Itv Haack, Z. 167.
⁷⁴ Itv Haack, Z. 176f.
⁷⁵ Vgl. Itv Fuchs, Z. 1027 ff.
⁷⁶ Itv Haines, Z. 27 f.
⁷⁷ Vgl. Kohte et al. (2020).
⁷⁸ Vgl. Itv Fuchs, Z. 2042, 2045.
⁷⁹ Vgl. Kohte et al. (2020).
⁸⁰ Büchner (2003), 46: Rainer Wilmerstadt, Ministerialdirektor BMAS: „Ich habe in den letzten Monaten die Rehabilitationsträger mehrfach gebeten, ihre Öffentlichkeitsarbeit zu verstärken. [...] Wir werden in den nächsten Wochen bei allen Rehabilitationsträgern abfragen, was sie konkret unternommen haben, um die gemeinsamen Servicestellen bekannt zu machen.“
⁸¹ Haines (2004), 42.
⁸² Hase (2004), 25 f.: Umfrage zur Umsetzung des SGB IX: „Die Anzahl der negativen Rückmeldungen übertraf die positiven deutlich.“ Bei der Bearbeitung von Anträgen würden Fristen nicht eingehalten, die Gemeinsamen Servicestellen würden nicht gemeinsam geführt und eine trägerübergreifende Beratung fände nicht statt (25).
⁸³ 11.5.2005; BT-Drs. 15/5463, 3.
⁸⁴ Braun (2009), 37.
⁸⁵ Braun (2009), 36.
⁸⁶ Braun (2009), 44.
⁸⁷ Itv Fuchs, Z. 942 ff.; Itv Haack, Z. 43 ff.; Itv

- Seiter, Z. 450 ff.
⁸⁸ Itv Fuchs, Z. 1482 ff.; Itv Mehrhoff, 28.6.2017 Z. 105 ff.
⁸⁹ Itv Fuchs, Z. 24 ff.; Itv Haack, Z. 24 ff.; Itv Mehrhoff, Z. 365 ff.; Itv Seiter, Z. 450 ff.
⁹⁰ Hase (2004), 27; Büchner (2003), 46; BT-Drs. 15/5463, 3; Hlava (2012), 6.
⁹¹ Itv Fuchs, Z. 2092 ff.; Itv Seiter, Z. 545 f.
⁹² Itv Fuchs, Z. 2115 ff.; Itv Seiter, Z. 577 ff.
⁹³ Itv Fuchs, Z. 24 ff.; Itv Haack, Z. 47 ff.; Itv Hansen, Z. 96.
⁹⁴ Itv Fuchs, Z. 169 f.; Itv Haack, Z. 364 ff.; Itv Heine, Z. 263; Itv Mehrhoff, Z. 235 ff.; Itv Seiter, Z. 668 ff. Gegenmeinung: Itv Hansen, Z. 325 ff.
⁹⁵ Itv Mehrhoff, Z. 173 ff.
⁹⁶ Itv Mehrhoff, Z. 398 ff. u. 412 ff.
⁹⁷ Haack (2003).
⁹⁸ Müntefering, zitiert nach Itv Haack, Z. 63 f.
⁹⁹ Vgl. dazu den Beitrag von Nebe/Welti in diesem Heft.
¹⁰⁰ Fuchs (2008), 315 ff.

- ¹⁰¹ Köpke/ Richter/ Welti (2018).
¹⁰² Nürnberger/ Köpke (2009).
¹⁰³ Shafaei (2008).
¹⁰⁴ Beginnend mit BSG, 26.6.2007, B 1 KR 36/06 R, BSGE 98, 277; BSG, 28.11.2007, B 11a AL 29/06 R, SozR 4-3250 §§ 14 Nr. 2.
¹⁰⁵ Explizit: Hauck (2009).
¹⁰⁶ Neumann (2009), 96 ff.
¹⁰⁷ Luthe (2015), 119, 122,
¹⁰⁸ Welti (2015), 621 ff.
¹⁰⁹ 5.9.2016; BT-Drs. 18/9522, 196.
¹¹⁰ Teilhabeberatungsverordnung – EUTBV v. 14.6.2021; BGBl. I Nr. 32 1796.
¹¹¹ 2.6.2021; BGBl. I Nr. 29 1387.
¹¹² Fuchs (2021).

Dr. DIANA RAMM
 Gesundheitswissenschaftlerin,
 Neustrelitz



Prof. Dr. FELIX WELTI
 Professor für Sozial- und Gesundheitsrecht, Recht der Rehabilitation und Behinderung, Universität Kassel



MARTIN KILIMANN
 Studentische Hilfskraft am Lehrstuhl für Sozial- und Gesundheitsrecht, Recht der Rehabilitation und Behinderung, Universität Kassel

