



Tel: 0561-4001128
Fax: 0561-4001128
e-mail: dralexander.gagel@arcor.de

0221-3597-550
0221-3597-555
schian@iqpr.de

AZ 07-00-03-08

Diskussionsforum SGB IX

Forum A Info Nr. 1/2003

Referate des 12. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums und Hinweis auf das 13. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium

Mit dem heutigen SGB IX-Info möchten wir abschließend zwei weitere Vorträge des 12. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums in Bad Kreuznach zur Diskussion stellen. Herr Fuchs referierte über die mit dem SGB IX neu formulierten Ansprüche über die Ausführungen von Leistungen zur Teilhabe (Teil 1, Kapitel 2 SGB IX). Zu dieser Thematik passt das Referat von Herrn Schütte, der sich der Vertragsgestaltung und den Leistungsansprüchen unter Berücksichtigung von § 7 SGB IX und den allgemeinen Leistungsgrundsätzen des SGB IX (Teil 1, Kapitel 1 SGB IX) widmete.

In diesem Zusammenhang möchten wir auf das 13. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium vom 8. bis 10. März 2004 in Düsseldorf hinweisen. Wie üblich wird es vom VDR in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften, der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention sowie dem Arbeitsausschuss interdisziplinäre Forschung der DVfR ausgerichtet.

Es ist uns erfreulicherweise gelungen im Hinblick auf die Verabschiedung des SGB IX die Veranstalter davon zu überzeugen, dass es sinnvoll ist, das bisherige Spektrum dieses großen Kongresses um einen juristischen Block zu erweitern. Dadurch steht nunmehr jährlich wiederkehrend im interdisziplinären Umfeld eine Plattform für die wissenschaftliche Erörterung und Diskussion von Fragen des SGB IX zur Verfügung.

Inzwischen sind die Einladungen verschickt worden, verbunden mit der Aufforderung Referate anzumelden. Gefragt sind viertelstündige Beiträge mit anschließender Diskussion. Honorare werden dort allerdings nicht gezahlt. Reisekosten müssen selbst oder von der entsendenden Stelle getragen werden.

Die Veranstalter wählen die Referate aus, wenn mehr gemeldet werden als unterzubringen sind. Wir würden uns freuen, wenn auch Sie Referate anbieten würden.

Als Themen für Referate im juristischen Bereich kommen arbeitsrechtliche wie sozialrechtliche Rechtsfragen zum betrieblichen Bereich als Ort der Rehabilitation und der Beschäftigung schwerbehinderter Menschen in Betracht. Ein weiterer Schwerpunkt könnte die veränderte Verfahrensweise (§§ 8 - 15 SGB IX) sein (Vorrang trägerübergreifender Prüfung und Einleitung von Verfahren über Leistungen zur Teilhabe, Vernetzung der Leistungen, veränderte Anforderungen an Gutachten). Selbstverständlich kommen auch Beiträge zu allen anderen sich aufdrängenden Fragen in Betracht, z.B. Fragen der Beratung und des Fallmanagements, wie Stellung und Aufgaben der gemeinsamen Servicestellen oder der Integrationsfachdienste.

Programm und Veranstaltungsunterlagen können im Internet abgerufen werden:
<http://www.ifrr.vdr.de/internet/vdr/home.nsf/index.htm?OpenPage&content=http://www.ifrr.vdr.de/>

Telefonisch können die Unterlagen bezogen werden über Frau Reusing (Telefon: 069-1522407, Fax: 069-1522259) oder schriftlich:

VDR

- z.H. Frau Reusing -
Eysseneckstr. 55
D-60322 Frankfurt

Dr. Alexander Gagel
Dr. Hans-Martin Schian
Holger Wellmann

Rehabilitationsbedarf, Rehabilitationsziele und Wirksamkeit - Maßstäbe für die Ausführung von Rehabilitationsleistungen in geeigneten Einrichtungen sowie die Versorgungsstrukturentwicklung

Harry Fuchs
Düsseldorf

Vor Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches, Teil IX enthielten die für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetze – mit Ausnahme der §§ 111, 111b SGB V im Bereich der Krankenversicherung – keine Regelungen über die Verantwortung für die Entwicklung der Versorgungsstrukturen sowie das in diesem Zusammenhang erforderliche Vertragsrecht mit den Leistungserbringern. Auf dem Hintergrund der monistischen Finanzierung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation blieb der Selbstverwaltung der Rehabilitationsträger weitgehend die Klärung und Gestaltung überlassen, welche Leistungen bedarfsgerecht und welche Rehabilitationseinrichtungen zur Ausführung dieser Leistungen geeignet sind. Auch für die Entwicklung der Versorgungsstrukturen sowie das Vertragsrecht mit den Leistungserbringern gab es mit Ausnahme der Verpflichtung, die Leistungen wirtschaftlich zu erbringen und dazu am Bedarf orientierte Versorgungsverträge (u.a. §§ 111 Abs. 1 und 2 SGB V, 15 Abs. 2 SGB VI) einzugehen, keine nähere Konkretisierung durch den Gesetzgeber.

Das Sozialgesetzbuch, Teil IX

- überträgt den Rehabilitationsträgern gemeinsam die Verantwortung für die Entwicklung der bedarfsgerechten regionalen Versorgungsstrukturen (Sicherstellungsauftrag - § 19 Abs. 1 SGB IX), die in regionalen Arbeitsgemeinschaften operationalisiert werden soll (§ 12 Abs. 2 SGB IX)
- verpflichtet die Rehabilitationsträger zur Ausführung der Leistungen, wobei sie sich im Sinne von Erfüllungsgehilfen geeigneter Rehabilitationseinrichtungen bedienen können (§ 17 Abs. 1 SGB IX). Diese Verantwortung der Rehabilitationsträger für die Ausführung der Leistungen beinhaltet auch die Verantwortung für die Inhalte (Gegenstand, Umfang und Ausführung - § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) und – im Gegensatz zu § 135a Abs. 1 Satz 1 SGB V – auch die Qualität der Leistungen
- räumt neben den Betroffenenorganisationen insbesondere den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer Beteiligungsrechte bei der Durchführung des Sicherstellungsauftrages (§ 19 Abs. 1 Satz 3 SGB IX) ein
- konkretisiert die Anforderungen an die Inhalte der Versorgungsverträge mit den Leistungserbringern (§ 21 Abs. 1 SGB IX)
- räumt den Leistungserbringern bzw. deren Spitzenorganisationen durch die Möglichkeit der Vereinbarung von Rahmenverträgen in Korrelation zu der gemeinsamen Empfehlung der Rehabilitationsträger nach § 20 Abs. 1 SGB IX Mitgestaltungsrechte u.a. bei der Definition der Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen ein (§ 21 Abs. 2 SGB IX).

Unter Berücksichtigung der Verpflichtung der Rehabilitationsträger nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 1, 13 Abs. 1 SGB IX, die nach Gestaltung, Umfang und Inhalt (Struktur- und Prozessqualität) einheitliche Leistungserbringung in gemeinsamen Empfehlungen (Leitlinien) zu vereinbaren, hat der Gesetzgeber mit dem SGB IX erstmals umfassende Rahmenregelungen zur gemeinsamen Ausgestaltung des Versorgungsauftrages und des Vertragsrechts im Bereich der Rehabilitation geschaffen.

Mit der Orientierung am Rehabilitationsbedarf, den Rehabilitationszielen und der Wirksamkeit der Leistungen bezogen auf die Rehabilitationsziele hat er darüber hinaus Maßstäbe sowohl für die inhaltliche Ausgestaltung der Leistungen, die Ausführung der Leistungen in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen, die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen, aber auch die Versorgungsstrukturentwicklung gesetzt.

Zielorientierung als Leistungsvoraussetzung

Nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX sind die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation (§ 5 Nr. 1 SGB IX) zur Erreichung der in § 4 Absatz 1 SGB IX genannten Ziele zu gewähren, die Art und Umfang aller durch Behinderung oder chronische Erkrankung bedingte Teilhabestörungen im Bereich der körperlichen, seelischen und sozialen Integrität sowie der Integrität der Aktivitäten und Leistungen erfassen. Leistungen, die zur Erreichung dieser Ziele nicht geeignet sind, dürfen danach nicht gewährt werden. Bei § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX handelt es sich somit um eine für alle Rehabilitationsleistungen und alle Rehabilitationsträger geltende Voraussetzung für die Leistungsgewährung.

Funktionsbezogene Feststellung der Leistungen nach dem individuellen Bedarf

Der Rehabilitationsträger ist dafür verantwortlich, d.h., erhaftet dafür, dass die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen festgestellt werden (§ 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) und darauf ausgerichtet sind, dem Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung der Besonderheiten seines Einzelfalles die den Zielen der §§ 1 und 4 Abs. 1 SGB IX entsprechende umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen (§ 10 Abs. 1 Satz 2 SGB IX).

Der Begriff „funktionsbezogen“ in § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX wurde vom Gesetzgeber unmittelbar aus der ICF übernommen und besagt, dass die bei dem Berechtigten im Zeitpunkt der Feststellung vorliegenden Beeinträchtigungen der körperlichen, seelischen und sozialen Integrität sowie der Integrität von Aktivitäten und Leistungen vollständig erfasst und dokumentiert werden sollen. Seit Inkrafttreten des SGB IX kann der Rehabilitationsbedarf danach nicht mehr allein durch die Anforderungen, die sich aus einer Krankheit (Schädigung/Beeinträchtigung der physischen Strukturen und Funktionen, definiert über die ICD 10) und deren Ausprägung ergeben, sondern darüber hinaus auch durch Art und Umfang der sonstigen Störungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (d.h., auch der Störungen der seelischen und sozialen Integrität, der Integrität von Aktivitäten und Leistung) begründet sein.

§ 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX sieht vor, in einer gemeinsamen Empfehlung zu regeln, in welchen Fällen und in welcher Weise die Klärung der im Einzelfall anzustrebenden Ziele und des Bedarfs an Leistungen schriftlich festzuhalten ist, wobei eine Beschränkung auf vorwiegend medizinische Parameter im Sinne der bisherigen Begutachtungsverfahren mit Blick auf die geltende Rechtslage unzureichend wäre, weil damit der gesamte Umfang der durch die medizinische Rehabilitation zu beeinflussenden Teilhabestörungen in der Regel nicht erfasst werden kann.

Der Wortlaut des § 14 Abs. 5 SGB IX – Sachverständiger und nicht etwa medizinischer Gutachter o.ä. – trägt im übrigen der Tatsache Rechnung, dass die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs aus Beeinträchtigungen der seelischen und sozialen Integrität bzw. der Integrität von Aktivitäten und Leistungen im Einzelfall nicht nur medizinischen Sachverstand, sondern auch den Sachverstand anderer an der Rehabilitation beteiligten Professionen (z.B. Psychologen, Pädagogen, Sozialarbeiter usw.) erfordern kann.

Die Rehabilitationsträger sind dafür verantwortlich, gemeinsam ein Begutachtungsverfahren zu gestalten, in dem der zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO erforderliche Sachverstand gewährleistet wird (§ 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX).

Auch die in diesem Zusammenhang diskutierte sogenannte „Rehabilitationsprognose“ muss auf die Erreichbarkeit der Rehabilitationsziele im Sinne der §§ 1, 4 SGB IX abstellen und nicht etwa – wie bisher – nur auf medizinische Erwägungen oder die Frage der Eingliederung in das Erwerbsleben (diese spezifische Prognose der Rentenversicherung ist nur noch für die Entscheidung über die Zuständigkeit der Rentenversicherung, nicht jedoch mehr bei an-

erkannter oder gesetzlich definierter Zuständigkeit (§ 14 SGB IX – zweitangegangener Träger) für die Aus- und Durchführung der Leistung relevant).

Wirksame und wirtschaftliche Leistungserbringung, Qualitätssicherung

Nach §§ 10, 11 SGB IX sind die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation bedarfsgerecht, zielgerichtet, wirksam und wirtschaftlich zu erbringen. Das SGB IX macht mit den übergeordneten Maßstäben der Bedarfsgerechtigkeit, Zielgerichtetheit und Wirksamkeit konkretisierende Vorgaben, was im Bereich der Rehabilitation unter „ausreichend und zweckmäßig“ z.B. im Sinne des § 12 SGB V zu verstehen ist.

Das SGB IX enthält danach – im Gegensatz zum bisherigen Recht – mit der Orientierung der Leistungserbringung am individuellen Rehabilitationsbedarf und den individuellen Rehabilitationszielen zugleich auch Parameter und Maßstäbe, die eine konkrete einzelfallbezogene Ergebnisbetrachtung (Wirksamkeit der Leistung) gestatten. Auf diesem Hintergrund hat jeder andere Ansatz, der nicht auf die Einzelfallwirksamkeit bezogen auf die vorgegebenen Rehabilitationsziele abstellt, keine unmittelbare Relevanz für die Beurteilung der Wirksamkeit und damit der Ergebnisqualität einer Maßnahme (§ 10 Abs. 1 Satz 3 SGB IX).

Ausführung unter Inanspruchnahme geeigneter Rehabilitationseinrichtungen

Nach § 17 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX dürfen die zuständigen Rehabilitationsträger die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen ausführen lassen. Die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation werden zur Erreichung der in § 4 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele erbracht (§ 4 Abs. 2 SGB IX). Geeignet sind danach nur solche Einrichtungen, die nach ihrer Struktur- und Prozessqualität erwarten lassen, dass die Ziele des § 4 Abs. 1 SGB IX erreicht werden können und bedarfsgerechte, zielgerichtete und wirksame Leistungen anbieten. Die Rehabilitationsträger sind nach § 10 Abs. 1 Satz 3 SGB IX verpflichtet, die zielgerichteten Leistungen entsprechend dem jeweiligen Bedarf zu sichern.

Gemeinsamer, regionaler Sicherstellungsauftrag

Die Rehabilitationsträger haben gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hinzuwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste- und Einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen (§ 19 Abs. 1 SGB IX). Mit diesem Sicherstellungsauftrag entscheiden die Rehabilitationsträger gemeinsam verantwortlich darüber, welche rehabilitativen Versorgungsstrukturen in einer Region verfügbar sind. Diesem Sicherstellungsauftrag kommt insbesondere mit Blick auf die Entwicklung ambulanter oder geriatrischer Rehabilitationsangebote bzw. die sich zur Kompensation des Bettenabbaus im Krankenhausbereich nach DRG-Einführung ergebenden Strukturdiskussionen besondere Bedeutung zu. Die Krankenhausplanung ist an der Entwicklung der rehabilitativen regionalen Versorgungsstrukturen nur zu beteiligen, die Entscheidung liegt allein bei den Rehabilitationsträgern.

Im Gegensatz zur Akutversorgung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Entwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen nicht zu beteiligen. Ihre Verantwortung beschränkt sich im Bereich der medizinischen Rehabilitation auf die Beratungs- und Ordnungsrechte (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V) und die dazu zu erlassenden Richtlinien (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V).

U.a. zur regionalen Durchführung dieses Sicherstellungsauftrages sollen nach § 12 Abs. 2 SGB IX – nach dem Vorbild eines im Freistaat Sachsen seit über 10 Jahren bestehenden Arbeitskreises – regionale Arbeitsgemeinschaften gebildet werden, die nach § 88 SGB X Auftragsverwaltung für die Rehabilitationsträger durchführen. Werden solche Arbeitsgemeinschaften nicht gebildet, werden damit – mangels anderer gleichwertiger Beteiligungsstrukturen oder -verfahren – in der Regel zugleich auch den Betroffenenorganisationen und den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer die in diesem Zusammenhang auf regionaler Ebene gegebenen Beteiligungsrechte beschnitten.

Abgrenzung zur Akutversorgung und zu Vorsorgeleistungen

Hinsichtlich der Abgrenzung zur Akutbehandlung ist darauf zu verweisen, dass Leistungen zur Rehabilitation ausschließlich gewährt werden können (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX), wenn durch sie ein Ziel im Sinne der §§ 1, 4 SGB IX erreichbar erscheint. Dabei handelt es sich im Verhältnis zur Akutversorgung um deutlich abweichende Anforderungsprofile, die eine klare Abgrenzung zur Akutversorgung gestatten.

Dies gilt mit – geringen – Einschränkungen auch hinsichtlich der Abgrenzung zu Vorsorgeleistungen, die durch das SGB IX nicht erfasst ist. Dabei ist unverändert § 23 Abs. 1 SGB V Bewertungsmaßstab, nach dem diese Leistungen – abgesehen von der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit – nur gewährt werden können, wenn eine Krankheit noch nicht (dauerhaft) eingetreten ist.

Vertragsgestaltung und Leistungsansprüche im Rehabilitationsrecht

Schütte, W.

Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg

Die meisten Leistungen im Recht der Rehabilitation und Teilhabe werden nicht von den Leistungsträgern selbst erbracht, sondern von Einrichtungen und Diensten, deren sich die Leistungsträger zur Aufgabenerfüllung bedienen und mit denen sie vertraglich verbunden sind. Aus der Sicht der Berechtigten sind die Leistungsträger insoweit Treuhänder, die ihre Finanz- und Rechtsmacht für die Verwirklichung der sozialen Rechte der Menschen mit Behinderungen oder gesundheitlichen Einschränkungen und Risiken einzusetzen haben.

Nach Verabschiedung des SGB IX stellen sich zwei nicht einfach zu beantwortende Fragen:

1. Welche Rahmenvorschriften für die Vertragsgestaltung gelten eigentlich, d. h. wie verhalten sich die Vorschriften des Leistungserbringungsrechts im SGB IX zu denjenigen in den „für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen“ (§ 7 SGB IX)?
2. Welchen Einfluss haben die allgemeinen Leistungsgrundsätze und Ausführungsvorschriften im SGB IX (Teil 1, Kap 1) auf das Leistungserbringungsrecht im Sozialrecht der Rehabilitation und Teilhabe?

Zu 1.:

Mit dem SGB IX hat der Gesetzgeber so etwas wie ein „Allgemeines Rehabilitations-Sozialrecht“ in das SGB eingefügt. Im Verhältnis des SGB IX zu den „jeweiligen ... Leistungsgesetzen“ vermutet das Gesetz die unmittelbare Geltung des SGB IX – es sei denn, diese besonderen Leistungsgesetze enthalten zum gleichen Gegenstandsbereich abweichende Regelungen. Fragen der Zuständigkeit und der Leistungsvoraussetzungen hat der Gesetzgeber aus dieser Vorrang-Vermutung ausgenommen, um nicht in den Kern des gegliederten Systems einzugreifen (§ 7 S. 2). Für das Leistungserbringungsrecht gibt es eine vergleichbare Ausnahme von der Annahme unmittelbarer Geltung des SGB IX nicht. Andererseits regelt das SGB IX bei weitem nicht alle hier zu gestaltenden Rechtsfragen. Daraus ergibt sich für jeden Leistungsbereich eine je besondere Komplementarität von Allgemeinem Rehabilitations- Sozialrecht und Besonderen Leistungsgesetzen. Man kommt der Systematik des SGB nach Einfügung des SGB IX und den Intentionen des Gesetzgebers wohl am nächsten, wenn man die Vorschriften zum Leistungserbringungsrecht des SGB IX als unmittelbar geltende Mindeststandards ansieht. So kann es nunmehr für keinen Leistungsbereich zweifelhaft sein, dass alle Leistungserbringer aus eigener gesetzlicher Bindung ein Qualitätsmanagement nach § 20 II SGB IX vorsehen müssen, das die Rehabilitationsträger im Rahmen ihrer Sicherstellungspflicht nach § 19 I im Interesse der Leistungsberechtigten auch

abzufordern haben. Dies gilt auch für die Sozialhilfeträger ganz unabhängig davon, ob sie den Empfehlungen nach § 20 I beitreten oder nicht. Hier wie andernorts erweist sich die Annahme der amtlichen Gesetzesbegründung, die §§ 93 ff des Bundessozialhilfegesetzes blieben durch das SGB IX unberührt, als unzutreffend.

Zu 2.:

Mit den allgemeinen Leistungsgrundsätzen in Teil 1 des SGB IX wollte der Gesetzgeber die Zugangsschwellen für die Leistungsberechtigten senken, die Transparenz im Bewilligungsverfahren und die Qualität der Leistungen steigern und insbesondere die Autonomie der Berechtigten stärken. Die künftige Interpretation des Sicherstellungsauftrags der Rehabilitationsträger und ihre Vertragsgestaltung wird darauf zu achten haben, dass diese gesetzlichen Vorgaben insbesondere zur Stärkung der Autonomie auch dann „unten ankommen“, wenn die Reha-Träger nur einen mittelbaren Einfluss auf die Leistungserbringung haben, wenn also die Dienste und Einrichtungen nicht in eigener Trägerschaft vorgehalten werden. Das SGB IX verfolgt dieses Anliegen über mehrere Wege:

- durch eine Beschreibung von Zielen und Leistungsvarianten im Allgemeinen Recht der Rehabilitation;
- durch direkte Verpflichtungen der Leistungserbringer (gleichgültig ob in eigener oder fremder Trägerschaft) auf zentrale Ziele und Instrumente (Selbstbestimmung, § 9 III; Qualitätsmanagement, § 20 II);
- durch die Beauftragung der Rehabilitationsträger, im Interesse der Leistungsberechtigten nur nach Qualität und Durchführungsform geeignete Dienste und Einrichtungen vertraglich an sich zu binden (eingeschränkter Kontrahierungszwang und Kündigungsrecht; §§ 19 IV, 21 III);
- durch eine Reihe von gesetzlichen Auflagen für die Vertragsgestaltung (§ 21).

Wenngleich die Vorgaben des SGB IX für die Vertragsgestaltung der Reha-Träger notwendigerweise mit einer Fülle unbestimmter Rechtsbegriffe operieren müssen, ist doch das Normgerüst für die Reha-Träger und ihre Partner sehr viel dichter geworden. Das neue Allgemeine Rehabilitations-Sozialrecht gibt etwa bei der medizinischen Rehabilitation deutliche Hinweise darauf, wie die Reha-Träger ihr „pflichtgemäßes Ermessen“ bei der Leistungsentcheidung und auch für der Leistungserbringung auszuüben haben. (Wird ausgeführt)

Literatur

Dau, D. u.a. (Hrsg.) (2002): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Lehr- und Praxiskommentar, Baden-Baden, 10-30.

Eichenhofer, E. (2002): Das Rechtsverhältnis zwischen Rehabilitationsträger und Rehabilitationseinrichtung. In: NZS, 348 ff.

Kossens, M. u.a. (2002): Praxiskommentar zum Behindertenrecht. München.

Mrozynski, P. (2002): SGB IX Teil 1, Kommentar. München.

Schütte, W. (2001): Modernisierung von innen? Auf dem Wege zu einem anderen Sozialstaat. Verwaltungsreform und ihre Folgen für öffentliche Dienstleistungen. In: Archiv für Soziale Arbeit H. 2, 52 ff.