

S t e l l u n g n a h m e
Grundlagenpapier zu den Überlegungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe
„Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung“
der ASMK

von Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

1. Die Überlegungen der Arbeitsgruppe entsprechen nicht den Vereinbarungen zum Fiskalvertrag

Bund und Länder haben am 24.6.2012 im Rahmen der Verhandlungen über die innerstaatliche Umsetzung der neuen Vorgaben des Fiskalvertrages für die nächste Legislaturperiode u.a. die Erarbeitung und Inkraftsetzung „eines **neuen Bundesleistungsgesetzes**“ vereinbart, „das die rechtlichen Vorschriften zur **Eingliederungshilfe in der bisherigen Form ablöst**“.¹

Demgegenüber ist das Hauptziel der Reformüberlegungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe **nicht die Ablösung** der bisherigen Form der Eingliederungshilfe, sondern „die **qualitative strukturelle Weiterentwicklung des Rechts der Eingliederungshilfe**.“²

Mit Blick auf die ausgeprägte Differenz zwischen Vereinbarung im Rahmen des Fiskalvertrages und der davon völlig abweichenden Zielsetzung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe ist das „Grundlagenpapier“ weder eine „wesentliche Voraussetzung für ein gesetzgeberisches Verfahren“³, noch „eine wertvolle Vorarbeit und unverzichtbare Grundlage für Umsetzung der Verabredungen der Fiskalverhandlungen“⁴. Es handelt sich lediglich um die uneingeschränkte Fortsetzung der Diskussion und die Konkretisierung der früheren Papiere der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe nach fürsorgerechtlichen Maßstäben im Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII).

Impulse zu einer UN-Behindertenrechtskonformen Herauslösung der wenigen nach Inkrafttreten des SGB IX am 1.7.2001 im Sozialhilferecht nicht gestrichenen und dort noch verbliebenen Regelungen der Eingliederungshilfe aus dem SGB XII im Sinne eines **neuen** und diese Bestimmungen **ablösenden Bundesleistungsgesetzes** enthält das Grundlagenpapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe dagegen nicht.

2. Ziel des Grundlagenpapiers ist die Auseinanderentwicklung des einheitlichen Teilhaberechts durch Beibehaltung und Weiterentwicklung des fürsorgerechtlich orientierten Sonderrechts für behinderte Menschen

Der Gesetzgeber hat mit der Verabschiedung des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) für alle Träger von Rehabilitations- und Teilhabeleistungen – und damit auch für die Träger der Sozialhilfe – einen gemeinsamen Rahmen für das **gesamte Recht der Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen** geschaffen. Er erwartet, dass **auf der Basis des SGB IX ein gemeinsames Recht und eine einheitliche Praxis der Rehabilitation und Behindertenpolitik** erreicht wird. Er geht dabei von einer **weitgehenden Einheitlichkeit des Leistungsrechts** aus⁵. Der

¹ vergl. Seite 2, drittletzter Absatz des Grundlagenpapiers

² vergl. Seite 1, Teil 1, Ziffer 1, Satz 2 des Grundlagenpapiers

³ Vergl. Seite 1, erster Absatz, letzter Satz des Grundlagenpapiers

⁴ Vergl. Seite 3 oben, erster Absatz des Grundlagenpapiers

⁵ BT-Drucks. 14/5074, S. 100

behinderte, pflegebedürftige und chronisch kranke Mensch soll - völlig losgelöst von der Zuständigkeit eines Rehabilitationsträgers und der Ursache für den individuellen Teilhabeleistungsbedarf – aus gegebenem Anlass von jedem zuständigen Rehabilitationsträger die nach Art, Umfang sowie Struktur- und Prozessqualität gleich wirksame Rehabilitations- und Teilhabeleistung erhalten. Auf dem Hintergrund dieser klaren Vorgaben des Gesetzgebers kann und darf – abgesehen von den Anforderungen aus der UN-Behindertenrechtskonvention - jedwede Weiterentwicklung des Teilhaberechts nur darauf abzielen, diese Einheit des Teilhaberechts im SGB IX zu vollenden und die wenigen beim Inkrafttreten des SGB IX noch im Sozialhilferecht verbliebenen Regelungen zur Eingliederungshilfe ebenfalls in das SGB IX zu integrieren.

Demgegenüber zielt das Grundlagenpapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe nicht nur nicht auf die Vollendung der rechts- und trägerübergreifende Ausgestaltung und Zusammenfassung des Behinderten- und Teilhaberechts in einem Sozialgesetzbuch, sondern auf die Beibehaltung und den Ausbau spezifischer, fürsorgerechtlich orientierter Bestimmungen des Behindertenrechts im SGB XII und der Stärkung der systemischen Rolle der Träger der Sozialhilfe ab⁶. Folgt man diesen Überlegungen, gibt es kein einheitliches, trägerübergreifendes Rehabilitations- und Teilhaberecht mehr. Dabei ist gerade ein einheitliches, trägerübergreifendes Behinderten- und Teilhaberecht existentielle Voraussetzung für eine halbwegs wirksame Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention im Sozialrecht. Wenn es das SGB IX nicht schon gäbe, müsste es dafür als unverzichtbare Plattform geschaffen werden. Das SGB IX wird jedoch durch die Bestrebungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Verfestigung und Fortschreibung fürsorgerechtlich geprägter Teile des Behindertenrechts neben dem SGB IX in seinen wesentlichen Zielen und Inhalten wirkungslos. Mit Blick auf die vorhandenen Defizite bei der Umsetzung des SGB IX dürften sich bei einer solchen Entwicklung auch die übrigen Träger von Teilhabeleistungen in ihrer Zurückhaltung bei der Umsetzung des SGB IX nahergerade bestätigt sehen.

2. Das Grundlagenpapier enthält keine signifikante Übereinstimmung mit der UN-Behindertenrechtskonvention

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe betont im Grundlagenpapier – wie auch in ihren früheren Papieren – die Notwendigkeit der vorgeschlagenen strukturellen Änderungen im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention und sieht ihre Vorschläge als Weiterentwicklung des Behindertenrechts in diesem Sinne⁷.

Das SGB XII enthält Regelungen, die im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention entweder als unmittelbar diskriminierend oder im Sinne des Diskriminierungsverbotes des Art. 5 Abs. 2 BRK als veränderungsnotwendig anzusehen sind, so z.B.

- die Einschränkung des Rechts auf freie Wahl des Aufenthaltsortes gem. Art 19 BRK durch den Mehrkostenvorbehalt in § 13 SGB XII⁸
- die diskriminierende Erschwerung des Leistungszugangs durch den vom SGB IX

⁶ Dies zeigen nicht nur die Ausführungen zur strukturellen Weiterentwicklung im Teil 1, sondern insbesondere auch die konkreten Vorschläge zur Veränderung des SGB XII und anderer Gesetze in den weiteren Teilen des Grundlagenpapiers

⁷ vergl. Seite 2, zweiter Absatz des Grundlagenpapiers

⁸ Vergl. dazu Peter Mauch, Präsident des BSG, im Diskussionsbeitrag Nr. 5/2012 zum Forum D des Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht – www.reha-recht.de -

abweichenden Begriff der wesentlichen Behinderung in § 53 SGB XII.

Dazu enthält das Grundlagenpapier im Themenkomplex „Bedarfsermittlung“ lediglich den Klammerhinweis, dass § 13 SGB XII folgerichtig wegfallen könne (?), weil durch die Personenzentrierung der notwendige Ausgleich zwischen den das Wunsch- und Wahlrecht leitenden Vorstellungen des Leistungsberechtigten einerseits und dem dem Träger der Sozialhilfe obliegenden Gebot der Wirtschaftlichkeit andererseits geschaffen werden könne. Damit wird das Problem der Diskriminierung aber nicht gelöst, sondern lediglich in den Bereich der (in der Regel wirtschaftlich dominierten) Ermessensentscheidung des Sozialhilfeträgers verschoben.

Der Sachverhalt der „wesentlichen Behinderung“ wird ohne Lösungsansatz lediglich als Fragestellung erwähnt⁹.

Auf weitere – insbesondere für die Struktur und Organisation des Versorgungsangebotes – bedeutenden und drängenden Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention geht das Grundlagenpapier nicht ein, u.a.

- Art. 19 Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten, einschließlich der persönlichen Assistenz
- Art. 20 Sicherstellung persönlicher Mobilität mit größtmöglicher Unabhängigkeit
- Art. 26 Organisation, Stärkung und Erweiterung umfassender Habilitations- und Rehabilitationsdienste und –programme, insbesondere u.a. der Sozialdienste und zwar so gemeindenah wie möglich, auch in ländlichen Gebieten.

Ein Zusammenhang mit der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention besteht danach erkennbar nur insoweit, als sie den Verfassern zur Fortsetzung und Verfestigung eines fürsorgerechtlich indizierten Behindertenrechts im Rahmen des SGB XII zweckmäßig erscheint.

3. Zu den „Überlegungen“ der Bund-Länder-Arbeitsgruppe

3.1 Personenzentrierung der Leistungen und Bedarfsfeststellung

Die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (im Sprachgebrauch der Arbeitsgruppe: Leistungen der Eingliederungshilfe) sollen „von einer überwiegend einrichtungszentrierten zu einer personenzentrierten Leistung neu ausgerichtet“ werden. Im Gegensatz dazu wird zwei Spiegelpunkte weiter ausgeführt, der Bedarf werde „unverändert individuell und bedarfsgerecht“ gedeckt.

Dies ist ein Widerspruch in sich. Tatsache ist, dass die Einrichtungsorientierung als Folge des bisherigen Pauschalvergütungssystems des SGB XII ständig mit der Verpflichtung kollidiert, die Leistungen nach den Besonderheiten des Einzelfalles, d.h., dem Individualisierungsprinzip, auszurichten (§ 9 SGB XII).

Nach Art. 26 Abs.1 Buchst. a BRK müssen die Leistungen und Programme nicht nur zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzen, sondern auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen. Damit besteht sogar

⁹ Seite 3, letzter Spiegelpunkt des Grundlagenpapiers

eine menschenrechtliche Verpflichtung zur Orientierung der Leistungen am differenzierten individuellen Bedarf.

Zur Umsetzung dieser menschenrechtlichen Verpflichtung bedarf es aber weder einer neuen Begrifflichkeit (Personenzentrierung), noch besonderer fürsorgerechter, vom übrigen Teilhaberecht abweichender spezifischer Regelungen im SGB XII.

Nach § 10 SGB IX sind die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe am individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarf auszurichten. Nach § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII entsprechen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben den jeweiligen Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder der Bundesagentur für Arbeit. Für die Rehabilitationsleistungen der GKV schreibt § 27 SGB IX die Bedarfsfeststellung nach § 10 SGB IX ausdrücklich vor. Mangels abweichender Regelungen im SGB III findet nach § 7 Satz 1 SGB IX auch für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Bedarfsfeststellung nach § 10 SGB IX statt.

Unabhängig davon gelten nach § 53 Abs. 4 SGB XII für die Leistungen zur Teilhabe auch im Bereich der Sozialhilfe die Vorschriften des Neunten Buches, zumal das SGB XII zur Bedarfsfeststellung für Teilhabeleistungen keine abweichende Regelungen enthält, sodass auch für die von den Trägern der Sozialhilfe auszuführenden Rehabilitations- und Teilhabeleistungen die Bedarfsfeststellung Individuell und funktionsbezogen iSd der ICF nach § 10 SGB IX vorzunehmen ist.

Die individuelle, funktionsbezogene Bedarfsfeststellung des § 10 SGB IX geht von der konkreten Feststellung der individuellen Teilhabebeeinträchtigung des behinderten Menschen aus, die sich an den Maßstäben der ICF der WHO – und damit nicht nur an einem bundesweiten, sondern weltweiten Verständnis von Rehabilitation – orientiert. Auf der Basis der mit der Kategorisierung der ICF dokumentierten und damit objektivierten individuellen Teilhabebeeinträchtigung ist festzustellen, mit welchen Mitteln und Methoden diese Teilhabebeeinträchtigung wirksam anzugehen ist. Darauf basiert dann die Leistungsentscheidung.

Im Gegensatz dazu will die Bund-Länder-Arbeitsgruppe die Bedarfsermittlung nicht auf die individuelle Teilhabebeeinträchtigung, sondern allein auf die „Lebenslage“ des behinderten Menschen stützen, die im Rahmen der Feststellung nach § 10 SGB IX als Umweltfaktor oder Personenbezogener Faktor lediglich einen ergänzenden Teilaspekt der Bedarfsfeststellung darstellt.

Es ist auffällig, dass die differenzierte Bedarfsfeststellung nach § 10 SGB IX auf der Basis des weltweiten Maßstab der ICF in dem gesamten Grundlagenpapier nicht erwähnt wird. Offensichtlich wird für die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Eingliederungshilfe) ein vom übrigen Teilhaberecht abweichendes oder die Ablösung des icf-orientierten Feststellungsverfahrens nach § 10 SGB IX angestrebt.

Die Vorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe bleiben hinter dem für behinderte Menschen bereits seit mehr als 10 Jahren geltenden Recht des SGB IX zurück. Entgegen der Auffassung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe bedarf es – um für die Bedarfsermittlung und –feststellung Verbindlichkeit für die Träger der Sozialhilfe zu erreichen – keiner gesetzlichen Regelungen im SGB XII, sondern nur des Vollzugs des auch für die Träger der Sozialhilfe geltenden SGB IX.

3.2 Gesamtplanverfahren

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe wiederholt und konkretisiert ihre bereits früher vorgelegten Vorschläge zu einem mehrstufigen aufwändigen, bürokratischen „Gesamtplanverfahren“. Alle in Betracht kommenden Leistungsträger sollen zur Teilnahme an dieser „Hilfekonferenz“ verpflichtet werden¹⁰

Der Vorschlag basiert im Kern darauf, das für das Persönliche Budget in der BudgetV zu § 17 SGB IX geregelte Verfahren als Bedarfsfeststellungsverfahren zu verallgemeinern. Der Verfasser hat bereits früher eine vergleichbare Regelung im Rahmen seiner Vorschläge zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention veröffentlicht. Allerdings nicht als spezifische Basis für die von den Trägern der Sozialhilfe und der Bund-Länder-Arbeitsgruppe angestrebten Gesamtverantwortung für die Steuerung der Teilhabeleistung, sondern als Ergänzung des § 10 SGB IX und damit als Konkretisierung des generellen, für alle Teilhabeleistungsträger einheitlich geltenden Bedarfsfeststellungsverfahrens im Rahmen des umfassenden Teilhabemanagements des SGB IX, das von dem jeweils aktuell für eine Teilhabeleistung zuständigen - und damit aktuell auch für das Teilhabemanagement federführenden – Rehabilitationsträger für das weitere Leistungsgeschehen durchzuführen ist.

Das deutsche Behinderten- und Teilhaberecht enthielt bereits ab 1.10.1974 im Rehabilitations-Angleichungsgesetz ein „Gesamtplanverfahren“, das bis zum Inkrafttreten des SGB IX am 1.7.2001 keinerlei praktische Wirkung entfaltete und deswegen zu Recht durch das umfassende Teilhabemanagement der §§ 8, 10.14. 22, 23 SGB IX ersetzt wurde. Es ist nicht gerade Ausdruck besonderer Innovationsfähigkeit, die Bezeichnung eines über Jahre gescheiterten Verfahrens zur Definition eines trägerübergreifenden Care-Managements heranzuziehen.

3.3 Gesamtverantwortung der Träger der Sozialhilfe

Die Bund-/Länder-Arbeitsgruppe schlägt unverändert vor¹¹, die Gesamtverantwortung für die „Steuerung der Teilhabeleistung“ den Trägern der Sozialhilfe zu übertragen.

Dies ist irreführend, weil sich diese Verantwortung in dem Vorschlag zu einem § 58 SGB XII nur auf die nach dem Sechsten Kapitel des SGB XII leistungsberechtigten Personen beziehen soll.

Bei der Bewertung dieser Vorschläge muss man sich bewusst machen, dass es dann künftig nicht mehr nur um einen Zuständigkeitswechsel zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern auf dem Hintergrund eines einheitlichen, trägerübergreifenden Teilhaberechts des SGB IX, sondern um einen vollständigen Wechsel der Rahmenbedingungen für den Betroffenen geht (Teilhabeverfahren, Teilhabemanagement, Leistungsverfahren, Bedarfsfeststellungsverfahren, Leistungsrecht, Leistungserbringungsrecht), weil die Vorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe in fast allen Rechtsbereichen für den Bereich der Sozialhilfeträger im Verhältnis zu dem für die übrigen Träger fortgeltenden SGB IX abweichende rechtliche Regelung gestalten.

¹⁰ Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ der ASMK – Eckpunkte für die Reformgesetzgebung „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“, Abschnitt IV Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung

¹¹ Seite 2, 4. Spiegelpunkt des Grundlagenpapiers

Damit hätten behinderte Menschen künftig unterschiedliche Rahmenbedingungen je nachdem, ob sie Leistungen von einem oder mehreren der übrigen sechs Rehabilitationsträger iSv § 6 SGB IX oder vom Träger der Sozialhilfe beanspruchen können. Es käme sogar mitten im Rehabilitationsprozess nicht nur zu einem Wechsel der Zuständigkeit, sondern auch noch der Rahmenbedingungen, wenn zunächst ein anderer Rehabilitationsträger Leistungen zu erbringen hätte und dann noch eine – ggfls. auch nur ergänzende – Leistung des Sozialhilfeträgers erforderlich wird.

Dabei ist das von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe angestrebte Ziel, dass die Sozialhilfeträger als überwiegend leistungsverpflichteter Träger auch maßgebenden Einfluss auf die evtl. mitbeteiligten Rehabilitationsträger nehmen können, schon heute auf der Basis des Verwaltungs- und Verfahrensrecht zum Teilhabemanagement des SGB IX zu verwirklichen. Schon heute sind bei vielen Fällen mit einer Leistungsträgerschaft der Sozialhilfe weitere Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und der medizinischen Rehabilitation beteiligt und zu einer trägerübergreifenden Zusammenarbeit verpflichtet (Teilhabemanagement). Bei einer gesetzeskonformen trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung wäre dies wahrscheinlich bei deutlich mehr Fällen als bisher gegeben. Damit würde dies einen erheblichen Teil aller Leistungen zur Teilhabe betreffen.

Die Feststellung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, dass mit der Gesamtsteuerungsverantwortung „eine Übertragung der Zuständigkeit und Entscheidungskompetenz“ der an sich zuständigen Rehabilitationsträger nicht verbunden sein soll, trägt zwar der diesbezügliche Anfrage im Deutschen Bundestag¹² und der Antwort der Bundesregierung dazu Rechnung. „Ohne Leistungsentscheidung anstelle anderer“ bliebe die Gesamtsteuerung jedoch ein zusätzliches, zudem die Leistungsentscheidung gegenüber dem Betroffenen verzögerndes Verwaltungungsverfahren, das den Einfluss der Sozialhilfeträger auf die Entscheidung des an sich zuständigen Trägers (um die es zur Kostensenkung in der Sozialhilfe aber geht) im Verhältnis zum derzeitigen Verfahren nicht verändert. Die konkrete Ausgestaltung des Gesamtsteuerungsprozesses als Gesamtplanverfahren sieht deswegen in dem vorgelegten § 58a Abs. 7 SGB XII entgegen allen gegenteiligen Beteuerungen im „Eilfall“ die Gesamtleistungserbringung durch den Sozialhilfeträger auch ohne vorherige Einigung mit oder Entscheidung des an sich zuständigen Trägers vor.

Das geltende Recht sieht bereits heute für Einzelfälle oder gleichartige Fälle ein vergleichbares Vorgehen vor. (§ 88 Abs. 2 SGB X). Von diesem Instrument der Verwaltungsvereinfachung wurde aber bisher auch von Trägern der Sozialhilfe kaum Gebrauch gemacht.

Ein gesetzlicher genereller Auftrag würde dazu führen, dass die Träger der Sozialhilfe in vielen Fällen das Verwaltungungsverfahren durchführen und Entscheidungen insbesondere für Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und Bundesagentur treffen könnten. Dies unterscheidet sich vom Konzept des SGB IX, das eine Verwaltungskooperation in § 10 Abs. 1 SGB IX vorsieht und eine Beauftragung nach Lage des Einzelfalls zulässt.

Die Erfahrungen aus der durchaus vergleichbaren Verlagerung der Zuständigkeit für die berufliche Rehabilitation von der Rentenversicherung (GRV) zur Bundesagentur für Arbeit Ende der 70er Jahre haben gezeigt, dass die von der Bundesagentur erbrachten Leistungen sich in der Praxis an den Zielen des SGB III und nicht an den

¹² <http://dip21.bundestag.btg/dip21/btp/17/17077.pdf>, S.53ff

weiter gefassten Zielen des SGB VI orientierten und den Anspruch „Reha vor Rente“ nicht gewährleisten konnten. Dies führte zu überflüssigen Doppelleistungen, überflüssigen Rentenzahlungen und letztlich zur Rückverlagerung der Zuständigkeit zur GRV. Ähnliches ist künftig dann generell für das Teilhaberecht zu befürchten.

Die geplante Gesamtsteuerungsverantwortung belastet die Sozialhilfeträger mit erheblichen Verwaltungskosten ohne irgendeinen Vorteil für den Berechtigten oder eine Kostenersparnis für die Sozialhilfeträger. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat in ihrem früheren Arbeitspapier selbst darauf hingewiesen, dass dazu eine fachlich andere Personalausstattung, d.h. zusätzliche Verfahren mit entsprechenden Kosten und Zeitanforderungen verbunden sind¹³.

Die Umsetzung der Gesamtsteuerungsverantwortung erfordert aber zur Wahrung einheitlicher Lebensverhältnisse der Betroffenen und der Sicherung der einheitlichen Rechtsanwendung in den Kommunen bundesweit eine qualitativ und quantitativ bedarfsgerechte Personalausstattung. Da nicht zu erwarten ist, dass Bund und Länder die damit verbundenen Kosten auf der Grundlage des Konnexitätsprinzips (Art 104a Abs. 1 GG) tragen werden, stellt sich die Frage, wie die Kommunale Selbstverwaltung verbindlich dazu bewegt werden kann, die erforderliche Personalausstattung vorzuhalten.

3.4 Recht auf Selbstbestimmung

Nach § 1 SGB IX haben behinderte Menschen ein Recht auf Förderung ihrer Selbstbestimmung. Das SGB IX enthält dazu nicht nur in fast 15 Bestimmungen konkrete Rechte und Regelungen, sondern pflegt auch eine Sprache, die diesen Selbstbestimmungsrechten entspricht.

So wird das „Wunsch- und Wahlrecht“ des behinderten Menschen nicht nur „berücksichtigt“, ihm wird ein Rechtsanspruch auf diese Rechte eingeräumt. Er wird nicht nur „aktiv einbezogen“ (sprachlich steht er dann außerhalb, was dem bisherigen Integrationsanspruch entspricht, aber mit dem Inklusionsanspruch der BRK nicht zu vereinbaren ist), sondern er entscheidet selbstbestimmt. Seinen Wünschen „wird entsprochen“ (§ 9 SGB IX). Der Leistungsbedarf wird in „Abstimmung“ (§ 10 SGB IX) mit dem Berechtigten festgestellt usw.

Sowohl die Sprache, der Geist, wie auch die Vorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe tragen der individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen“ (Recht auf Selbstbestimmung – Art. 3 Buchst. a BRK) nicht annähernd Rechnung und bleiben zudem hinter dem bereits geltenden Recht des SGB IX zurück. So sieht z.B. dem vorgelegten Vorschlag zum Wunschrecht in § 9 Abs. 2 SGB XII weiterhin die Einschränkung auf die „Angemessenheit“ des Wunsches vor, die in § 9 SGB IX bereits vor 11 Jahren durch „berechtigte Wünsche“ ersetzt wurde (damit wurde für behinderte Menschen der Angemessenheitsbegriff des § 33 Satz 2 SGB I ausdrücklich im Sinne der Selbstbestimmung konkretisiert).

Auch das in dem vorgelegten Vorschlag für einen § 139 SGB IX im Werkstattrecht enthaltene beschränkte Mitwirkungsrecht vermag die Anforderungen aus Art. 27 Abs. 2 Buchst. c BRK nicht zu erfüllen (gleichberechtigte Ausübung ihrer Arbeitnehmer- und Gewerkschaftsrechte).

¹³ Bund-Länder-Arbeitsgruppe, vergl. Fußnote 10, S. 5 oben

3.5 Wirkungskontrolle

Das Leistungserbringungsrecht des SGB IX enthält für das gesamte Leistungsgeschehen des Rehabilitations- und Teilhaberechts umfassende Regelungen zur Qualität, Qualitätsprüfung und Qualitätssicherung.

Teilhabeleistungen dürfen danach nur ausgeführt werden, wenn damit voraussichtlich Teilhabeziele im Einzelfall wirksam erreicht werden können (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Versorgungsverträge dürfen nur mit geeigneten Leistungserbringern eingegangen werden. Das sind ausschließlich solche, deren Struktur- und Prozessqualität Gewähr dafür bietet, dass Teilhabeziele wirksam erreicht werden können (§§ 17, 20 SGB IX). Kann ein Leistungserbringer die geforderte Qualität nicht nachweisen, darf ein Versorgungsvertrag nicht vereinbart werden. Ist eine zunächst vorhandene Qualität später nicht mehr nachweisbar, ist der Versorgungsvertrag zwingend zu kündigen (§ 21 SGB IX).

Das gesamte Verfahren der Qualitätssicherung bezieht sich auf die Wirksamkeit der Teilhabeleistungen bezogen auf die individuellen Teilhabebeeinträchtigungen der Berechtigten (§§ 10, 20 SGB IX).

Es sind keine Gründe erkennbar, warum es daneben eines eigenständigen, abweichenden Qualitätssicherungsrechts im SGB XII bedarf.

3.6 Vertrags- und Vergütungsrecht

Das SGB IX enthält im Sinne der Einheit des Rehabilitations- und Teilhaberechts ein für alle Rehabilitationsträger – bisher mit Ausnahme der Träger der Sozialhilfe wegen des Sondervertragsrechts in §§ 75ff SGB XII – trägerübergreifend einheitliches Leistungserbringungsrecht, das - monistisch finanziert - auf dem kaufmännischen Grundsatz der freien Vertragsgestaltung, d.h., auf der Gestaltungsmacht der Vertragsparteien basiert.

Mit Blick darauf, dass im Verhältnis zu den Trägern der Sozialhilfe bei allen übrigen Rehabilitationsträgern insgesamt die weitaus größere Zahl an Teilhabeleistungen und auch das größere Kostenvolumen auf dieser Grundlage – auch im Sinne der Kostenbegrenzung wirksam und ökonomisch - abgewickelt wird, sind keine Gründe zu erkennen, warum Teilhabeleistungen der Sozialhilfeträger weiterhin einem besonderen Vertrags- und Vergütungsrecht unterliegen und nicht in das für alle Rehabilitations- und Teilhabeleistungsträger geltende Leistungserbringungsrecht des SGB IX einbezogen werden sollen.

Dies gilt umso mehr, dass die vorgelegten Formulierungsvorschläge (z.B. § 41a Abs. 2 SGB IX, 75ff SGB XII) weiterhin von Leistungspauschalen und Pauschalvergütungen ausgehen. Wie bereits früher vom Verfasser ausführlich publiziert¹⁴ und auch zuvor dargestellt¹⁵ kann ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Pauschalvergütung bzw. pauschalierenden Vergütungselementen und mangelnder Individualisierung und Wirksamkeit der Leistungen belegt werden.

Wenn der immer wieder postulierte Anspruch auf Verwirklichung des Individualisierungsprinzips (hier „Personenzentrierung“ genannt) ernst gemeint ist, bedarf es eines Vergütungsrechts, dass letztlich sogar eine auf den Einzelfall bezogene individuelle

¹⁴ H. Fuchs (2011) „Vereinheitlichung des Teilhaberechts vollenden“, Sozialrecht + Praxis 3/11, S 139 – 148

¹⁵ vergl. oben, Ziffer 3.1

Vergütungsgestaltung ermöglicht, wie sie im SGB IX enthalten ist.

3.7 Trennung der existenzsichernden Leistungen

Die Trennung der Leistungen für behinderte Menschen von den im Bedarfsfall erforderlichen existenzsichernden Leistungen zum Lebensunterhalt wird ausdrücklich unterstützt. Dies nicht nur für behinderte Menschen, sondern auch für alle pflegebedürftigen Menschen mit Anspruch auf Hilfe zur Pflege.

Die bisherige Verknüpfung steht belegbar der Entwicklung von alternativen nichtstationären bzw. einrichtungsbezogenen Leistungsformen entgegen.

3.8 Öffnung des Werkstattrechts

Auch die vorgeschlagene Öffnung des Werkstattrechts wird unterstützt. Allerdings mit der ausdrücklichen Klarstellung, dass für die anderen Leistungsanbieter die gleichen Rahmenbedingungen und Anforderungen an die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen gelten müssen, wie für die Werkstätten. Ohne gleiche Rahmenbedingungen dürfte sich der sicher entwickelnde Wettbewerb ansonsten zu Lasten der Qualität und damit zu Lasten der Betroffenen gehen.

4. Zu den von der Arbeitsgruppe zur Diskussion gestellten Fragen

4.1 Einordnung in das Recht

Die im Zusammenhang mit dem Fiskalvertrag vereinbarte Ablösung der rechtlichen Vorschriften zur Eingliederungshilfe erfordert ein Bundesleistungsgesetz, das zur Vollendung der im Jahr 2001 begonnenen Zusammenfassung des Behinderten- und Teilhaberechts

- die wenigen noch verbliebenen Regelungen der Eingliederungshilfe aus dem SGB XII in das Neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX) überführt (z.B. Anschluss an § 58 SGB IX oder zusammen mit §§ 55-59 als Teil 3 des SGB IX – Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, ergänzt um ein Kapitel „Leistungen zur Teilhabe an der inklusiven Bildung“)

4.2 Ausgestaltung/Finanzrahmen

Die Zuständigkeit der Träger der Sozialhilfe für die Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ist bereits in § 6 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX geregelt.

Die Organisationsverantwortung für die Träger liegt im Übrigen nach Art 30 GG bei den Ländern.

Zur Wahrung einheitlicher Lebensverhältnisse behinderter Menschen und zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsanwendung erscheinen

- sowohl der Vorschlag des Forums behinderter Juristen, zur Loslösung vom häufig in der Praxis immer noch vorhandenen Fürsorgegedanken einen Wechsel von den Trägern der Sozialhilfe zu den Integrationsämtern vorzunehmen,
- wie auch eine Regelung zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Weisung erwägenswert..

Da eine Abgrenzung von Leistungsanteilen, die dauerhaft durch den Bund finanziert werden, und solchen, die weiterhin durch die Länder und Kommunen finanziert werden, mit Blick auf die ganzheitlichen Lebenssituationen behinderter Menschen dauerhaft kaum sachgerecht bzw. möglich ist, sollte das vereinbarte Finanzvolumen als Einstieg in die schrittweise vollständige Finanzierung durch den Bund verstanden werden.

Nur auf diese Weise ist der Begriff „Bundesleistungsgesetz“ sachgerecht zu rechtfertigen und ohne die Betroffenen belastenden Schnittstellenprobleme umzusetzen.

4.3 Beibehaltung sozialhilferechtlicher Grundsätze

Der Gesetzgeber hat den Trägern der Sozialhilfe mit § 6 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX die Eigenschaft eines Rehabilitationsträgers iSd SGB IX zugeordnet. Sie sind damit nicht mehr nur Träger der öffentlichen Fürsorge, sondern im Rahmen der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in einem durch das SGB IX konkret bestimmten Umfang (Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach §§ 55ff SGB IX) darüber hinaus Rehabilitationsträger iSd SGB IX, für den bzgl. dieser SG IX-Leistungen bestimmte Grundsätze des Sozialhilferechts eingeschränkt und aufgehoben (z.B. Bedürftigkeitsabhängigkeit) und durch die übergreifenden Bestimmungen des SGB IX ersetzt wurden.¹⁶

Dadurch ist nach der Begründung zum SGB IX – entgegen der Praxis der Träger der Sozialhilfe - die Bedürftigkeitsabhängigkeit der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach §§ 55ff SGB IX bereits mit Inkrafttreten des SGB IX entfallen. Dies korrespondiert mit der Tatsache, dass der Träger der Sozialhilfe für diese Leistungen nicht nur nachrangig, sondern sogar als originärer Rehabilitationsträger (vorbehaltlich der Anrechnung nach § 92 SGB XII) leistungsverpflichtet ist.

Die Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit sind nach § 69 SGB IV Maßstab jedweder Sozialleistungserbringung. Da diese Grundsätze bezogen auf Teilhabeleistungen in § 10 SGB IX mit dem Gebot der Wirksamkeit bezogen auf die Erreichbarkeit von Teilhabezielen verknüpft wird, gibt es für das Teilhaberecht bereits eine umfassende, trägerübergreifende Regelung.

Zu der durch die Förderung der Selbstbestimmung indizierten, über § 33 SGB I hinausgehenden Konkretisierung des Angemessenheitsbegriffs in § 9 SGB IX vergl oben Ziffer 3.4.

4.4 Form der Leistungen

Das dem deutschen Sozialrecht innewohnende Sachleistungsprinzip sollte für das Teilhaberecht nicht verändert oder eingeschränkt werden.

Im Übrigen gebietet schon der Rechtsanspruch auf das Persönliche Budget zur Förderung der Selbstbestimmung auch die Leistungsausführung in Geldbeträgen.

4.5 Umfang/Höhe der Leistungen

Der Umfang und die Höhe der Leistungen richtet sich auf der Grundlage der individuell und funktionsbezogen (icf-bezogen) festgestellten Teilhabebeeinträchti-

¹⁶ BT-Drucks. 14/5074 S. 93

gung und der daraus abgeleiteten Teilhabeziele nach dem zur Erreichung dieser Teilhabeziele erforderlichen Leistungsbedarf (§ 10 SGB IX)

4.6 Fürsorgerechtliche Grundsätze

Die dem historischen Fürsorgerecht entstammenden Grundsätze zur Leistungsbegrenzung (wesentliche Behinderung oder Schwere der Behinderung, Bedürftigkeitsabhängigkeit) stellen einerseits diskriminierende Tatbestände iSd BRK zur Erschwerung des Leistungszugangs dar bzw. sind andererseits bereits durch das SGB IX aufgegeben worden (s. oben 4.3; Teilhabeleistungen werden nach dem SGB IX unabhängig von Ursache und Schwere der Behinderung ausschließlich nach Art und Umfang der Teilhabebeeinträchtigung, den sich daraus ergebenden Teilhabezielen und dem zur Erreichung dieser Ziele erforderlichen Leistungsbedarf gewährt).