

Forum D

Entwicklungen und Reformvorschläge
– Diskussionsbeitrag Nr. 5/2011 –

10.05.2011

Anmerkungen zu Beitrag 1-2011 in Forum D von Dr. H. Fuchs: „Thesen zur Weiterentwicklung des Behindertenrechts im Lichte der Beschlüsse der ASMK vom 23./24.11.2010“

von Ministerialdirigent Gerd Künzel, Brandenburg

Herr Dr. Fuchs kommt in seinem Betrag (D1-2011) zu folgendem Fazit:

- Ziel der von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe gemachten Vorschläge sei es, behindertenspezifische Regelungen für Sachverhalte und Problemlagen im SGB XII zu schaffen, für die es seit dem 1. Juli 2001 im SGB IX bereits Regelungen gebe, die auch für die Eingliederungshilfe (§§ 53 ff. SGB XII) gelten.
- Die von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe im Vergleich zum SGB IX vorgesehenen Abweichungen würden für die Betroffenen Rückschritte bedeuten, seien zumindest in Teilen mit den Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) nicht zu vereinbaren und stünden der Vereinheitlichung des Rehabilitations- und Teilhaberechts in gravierenden Bereichen entgegen.
- Gesetzgeberischer Handlungsbedarf bestehe v. a. bei der Zusammenfassung und Vereinheitlichung des gesamten Teilhaberechts im SGB IX, bei der Beseitigung der Vollzugsdefizite sowie bei der Umsetzung des UN-BRK.

Diesem Fazit möchte ich entgegensetzen:

Es besteht gesetzgeberischer Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe im SGB XII. Die Ziele der ASMK und der Bund-Länder-Arbeitsgruppe können durch die Anwendung des SGB IX in der geltenden Fassung nicht umfassend erreicht werden. Ebenso wenig sind Änderungen im SGB IX ausreichend, um diese Ziele vollständig zu erreichen.

I. Konzept der ASMK – der Unterschied in den Ausgangspunkten

Die ASMK hat sich beginnend mit dem **Beschluss vom 15./16. November 2007** in der 84. Arbeits- und Sozialministerkonferenz zum Ziel gesetzt, die Teilhabemöglichkeiten, die Selbstbestimmung der behinderten Menschen zu verbessern und dabei den Vorrang individualisierter und ambulanter Hilfen durchzusetzen. Die 85. ASMK hat am **13./14. November 2008** ein Vorschlagspapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Kenntnis genommen, das hierzu u. a. Instrumente entwickelt hatte, um die leistungs-

rechtliche Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Maßnahmen zu überwinden. Der Beschluss benennt hierzu den Eckpunkt der Entwicklung eines durchlässigen und flexiblen Hilfesystems sowie die Schaffung von Beschäftigungsalternativen zur Werkstatt für Behinderte. Dieses Konzept wurde in den Beschlüssen aus den Jahren **2009 und 2010** unter Berücksichtigung umfangreicher Abstimmungen mit den Verbänden der Menschen mit Behinderungen, der Leistungsanbieter und der anderen betroffenen Sozialleistungsträger sowie des zwischenzeitlich in Kraft getretenen Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen weiterentwickelt.

Hält man diesen Prozess und die Dokumente sowie die Thesen von Harry Fuchs gegeneinander, so stellt man fest, dass zwar im wesentlichen Anliegen Übereinstimmung besteht, aber dass die Gedankengänge von unterschiedlichen Ausgangspunkten entwickelt werden und in gewisser Weise aus zwei verschiedenen Welten kommen.

Dem ASMK-Prozess geht es vor allem darum, **das für die Gruppe der wesentlich behinderten Menschen maßgebliche Leistungsrecht**, die Eingliederungshilfe des SGB XII, so weiterzuentwickeln, dass die Zielsetzungen in der Praxis verwirklicht werden können. Harry Fuchs geht es um die Durchsetzung der Ansatzpunkte des SGB IX und die Beachtung der diesem Gesetz zugrunde liegenden Gedankengänge in allen Sozialleistungsbereichen.

II. Die Grenzen der Einheitlichkeit des Rehabilitationsrechts

Es ist unbestritten, dass das **SGB IX ein wesentliches Reformwerk** war, das viele Impulse der UN-Behindertenrechtskonvention bereits vorweggenommen hatte. Es gibt im SGB IX, wie Harry Fuchs richtig hervorhebt, eine Reihe von Vorschriften, die

einheitlich gelten und zum Teil nicht beachtet werden. Ebenso richtig ist aber auch, dass die verschiedenen Leistungsgesetze dem SGB IX vorgehende Sonderregelungen enthalten. Dies wird in § 7 SGB IX ausdrücklich festgestellt. Unter anderem haben das Recht der Krankenversicherung und das Recht der Eingliederungshilfe eigenständige vertragsrechtliche Regelungen.

Man muss daher feststellen, dass das SGB IX in der geltenden Fassung **kein vollständiges Einheitsrecht** enthält, woraus sich schon fast logisch ergibt, dass die notwendige Reform eines Leistungsgesetzes nicht schon durch richtige Anwendung des SGB IX überflüssig wird.

1. Sonderstellung der Eingliederungshilfe im Rehabilitationsrecht

Zwei weitere Vorbemerkungen zum SGB IX erscheinen erforderlich, um wesentliche Unterschiede deutlich zu machen.

- a) Das SGB IX gilt nach § 2 Abs. 1 für alle behinderten Menschen. Die schwerbehinderten Menschen, bei denen ein Grad der Behinderung von mindestens 50 Prozent vorliegt, sind nach § 2 Abs. 2 SGB IX bereits eine kleinere Teilgruppe. Eine noch **kleinere Teilgruppe sind die wesentlich behinderten Menschen** nach § 53 SGB XII. Es handelt sich um eine Gruppe, die kaum mehr als 10 Prozent der schwerbehinderten Menschen nach § 2 Abs. 2 SGB IX ausmacht. Wichtig ist dabei, auch zu wissen, dass innerhalb dieser 10 Prozent die Gruppe der geistig behinderten Menschen zahlenmäßig die mit großem Abstand bedeutendste Gruppe ist. Das Reformanliegen der ASMK ist, für diese Teilgruppe die rechtliche Ausgangslage zu verbessern und von bisherigen Fehlsteuerungsanreizen zu befreien.

- b) Zu beachten ist auch, dass die unterschiedlichen **Reha-Träger unterschiedliche Aufgaben** haben (siehe § 6 SGB IX). Überschneidungen gibt es zwischen der Krankenversicherung und der Rentenversicherung bei der medizinischen Rehabilitation, zwischen der Rentenversicherung und der Bundesagentur bei der Teilhabe am Arbeitsleben. Ähnlich wie die Unfallversicherung, die aber ihren Schwerpunkt auf völlig anderen Personenkreisen hat, ist der Sozialhilfeträger für alle Teilhabegruppen zuständig und er unterscheidet sich von den erstgenannten Trägern dadurch, dass er Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erbringt, was für den Personenkreis, um den es in der Eingliederungshilfe geht, die Gesamtbetrachtung der Lebensverhältnisse dieser Personen notwendig macht. Gemeinsame Vorschriften im SGB IX überspannen aus diesem Grund einen weiten Bogen, sowohl was die Personenkreise als auch die zu erbringenden Leistungen betrifft. Manche Vorschriften im SGB IX scheinen auch eher auf die Koordination zwischen Krankenversicherung, Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit und Unfallversicherung zu zielen. Dem entspricht, dass der Sozialhilfeträger im SGB IX bei den Empfehlungen nach § 13 und dem Vertragsrecht nur Juniorpartner ist. Er wird bei der Vorbereitung der Empfehlungen nach § 13 über die Spitzenverbände beteiligt. Die einzelnen Sozialhilfeträger können beitreten. Die Vorschrift des § 20 Abs. 2a SGB IX für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement gilt für Eingliederungshilfeeinrichtungen gar nicht. Dies macht deutlich, dass die Einheitlichkeit des Rehabilitationsrechts im geltenden SGB IX Grenzen hat.

2. Gründe für die Sonderstellung der Eingliederungshilfe

Dies hat neben den institutionellen Unterschieden zwischen Sozialversicherungsträgern und kommunalen Sozialhilfeträgern auch **systematische Gründe**. Dabei muss man zwei Funktionen des Rechts der Eingliederungshilfe unterscheiden.

- a) Die Eingliederungshilfe umfasst – nachrangig und zur Füllung von Lücken – nach § 54 SGB XII auch die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zur Teilhabe am Arbeitsleben und sogar Hilfen zu einer angemessenen schulischen Bildung und Ausbildung. Der Unterschied zu den anderen Reha-Trägern besteht darin, dass diese eine klare Beschreibung des anspruchsberechtigten Personenkreises, der Anspruchsvoraussetzungen und der zu gewährenden Leistungen haben. Die **Sozialhilfe dagegen ist** sowohl in Bezug auf den Personenkreis wie auch in Bezug auf die Leistungen **offen**, was seinen Sinn darin findet, dass im letzten sozialen Netz alle in den vorrangigen Systemen nicht definierten Notlagen aufgefangen werden sollen. Dies ist eine Quelle von Abgrenzungstreitigkeiten und Verschiebepflichten, die sich von der Gesetzgebung bis zum Verwaltungsvollzug ziehen. Man kann durchaus feststellen, dass es der Sozialhilfe sehr viel besser ginge, wenn die vorrangigen Leistungssysteme all das leisten würden, was im SGB IX steht. Das notwendige Gegenstück zu dieser Offenheit des Sozialhilfeleistungssystems ist allerdings der **Nachrang**, auch der Nachrang gegenüber den Selbsthilfemöglichkeiten des Einzelnen. Würde man darauf verzichten, entstünde ein Leistungsrecht, was jeglicher Kontur entbehren würde.

b) Eindeutiger **Schwerpunkt** bei den Sozialhilfeleistungen sind allerdings die Leistungen zur **Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** und der Teil der Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben, der in **Werkstätten** für behinderte Menschen erbracht wird.

Das Leistungsgeschehen in der Eingliederungshilfe wird dementsprechend von folgenden Schwerpunkten geprägt:

- Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen
- Leistungen zum ambulanten und stationären Wohnen
- Leistungen in Integrationskindertagesstätten und
- Leistungen zur Frühförderung,

die typischerweise mit ergänzenden Leistungen anderer Träger der beruflichen und medizinischen Rehabilitation verbunden sind.

III. Gründe für eine Notwendigkeit der Reform im SGB XII

Auf dieser Grundlage lässt sich relativ leicht verdeutlichen, warum eine Eingliederungshilfe reform im SGB XII erforderlich ist.

1. Geringe Wirksamkeit der Koordinierungsvorschriften im SGB IX

Im SGB IX wird bei weitem nicht alles geregelt, was für die Ausführung der Sozialhilfe erforderlich ist. Vor allem haben die Koordinationsvorschriften des SGB IX eine relativ geringe Wirksamkeit in den Schwerpunktbereichen der Sozialhilfe. Das hängt neben vielen institutionellen Interessen sicherlich auch damit zusammen, dass die Bearbeitung der Schnittstellen zwischen den Sozialversicherungsträgern bei der medizinischen Rehabilitation eine völlig andere Koordinierungsaufgabe ist, als die Bündelung bei den auf Ein-

gliederungshilfe angewiesenen schwerbehinderten Menschen für die erforderlichen Leistungen in praktisch allen Lebensbereichen.

Hieraus wird auch bereits das besondere Koordinationsinteresse der Sozialhilfeträger bei den Leistungen für den Personenkreis der wesentlich behinderten Menschen deutlich. Die Regelung des § 14 SGB IX, die auf den erstangegangenen Träger und eine verbindliche Weiterverweisung abstellt, ist in vielen Fällen sicher geeignet, im Interesse des Betroffenen eine schnelle Zuständigkeitsklärung herbeizuführen. Für die Fälle der Eingliederungshilfe, die typischerweise komplex sind, bedarf es einer **zusätzlichen Ordnung des Verfahrens** und einer klaren Moderationszuständigkeit.

2. Schwerpunkt der Reformbestrebungen: Überwindung der leistungsrechtlichen Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Hilfemaßnahmen

Was die Reform der Eingliederungshilfe vor allem zu überwinden hat, ist eine **Historie**, die zu Interessenslagen geführt hat, die einem inklusiven Hilfesystem im Wege stehen. Die Hilfen für wesentlich behinderte Menschen kommen in Deutschland aus einem **Fürsorgedenken**, was institutionell mit einem **Anstaltsdenken** verbunden war. Aufgrund dessen sind in der Vergangenheit große, teilweise sehr große stationäre Einrichtungen und Verbände entstanden, die bis heute dem Vorrang ambulanter Maßnahmen als mächtige Interessen entgegenstehen. Hinzu kommt die im alten BSHG (Bundessozialhilfegesetz) angelegte Verteilung der Finanzverantwortung zwischen örtlichen und überörtlichen Trägern, die wiederum ihren Ursprung im Anstaltsdenken hatte. Durch eine **überörtliche Kostenzuständigkeit** sollten die Anstaltsorte vor finanzieller Überforderung geschützt werden. Dass dies einem

inklusive Hilfesystem diametral entgegensteht ist offensichtlich. Die Zuständigkeits-trennungen werden zwar in allen Ländern nach und nach aufgehoben. Durch die inzwischen in allen Ländern verankerten Grundsätze der strikten Konnexität hinsichtlich der Kommunalfinanzierung ist es jedoch außerordentlich schwierig, auch die **Finanzverantwortungen** so zu bündeln, dass kein Interesse an einem Vorrang stationärer Maßnahmen mehr besteht.

Offensichtlich ist auch, dass die gewachsenen Trägerstrukturen vor erheblichen Problemen stehen, sich auf die neuen Paradigmen umzustellen. Es gibt daher auch Stimmen in der Diskussion, die ein eindeutiges Trägerinteresse am Bestehen der gegenwärtigen Verhältnisse artikulieren.

Nicht zuletzt ist aber auch zu erwähnen, dass die Entwicklung zu einem inklusiven System auch auf Seiten der wesentlich behinderten Hilfeempfänger nicht immer unproblematisch ist. Stationäre Einrichtungen, Werkstätten für behinderte Menschen schaffen einen beschützten Raum, gegenüber dem sich das neue Denken zumindest als Wagnis darstellt. Hinzu kommt, dass das Sozialhilferecht an einigen Stellen günstigere finanzielle Regeln beim Verbleib in stationären Einrichtungen enthält. Behinderte Menschen in Werkstätten genießen deutliche rentenrechtliche Vorteile gegenüber einer Beschäftigung in Integrationsfirmen oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

IV. Kernpunkte des ASMK-Konzepts

Aus dieser Ausgangslage ergeben sich die Kernpunkte des ASMK-Konzeptes:

1. Es geht um die **Abschaffung des Unterschiedes zwischen ambulanten und stationären Hilfemaßnahmen**. Leistungen sollten nach denselben Prinzipien gewährt werden, egal wo und in

welchem institutionellen Rahmen sie stattfinden. Dies erfordert eine Abgrenzung der Leistungen zum Lebensunterhalt von den Fachleistungen, die nach den bisherigen Vorschriften Teil der stationären Leistungen waren.

2. Es liegt auf der Hand, dass das **Vertragsrecht** an diese Änderung angepasst werden muss. Leistungsverträge müssen auf die zu erbringende Hilfe bezogen werden und können nicht mehr so ohne weiteres in Maßnahmenpauschalen zusammengefasst werden, vor allem nicht mehr in der gegenwärtigen auf Leistungstypen bezogenen Form.
3. In den Fällen, in denen bei wesentlich behinderten Menschen die Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft im Vordergrund stehen, schlägt die ASMK eine **Koordination der Hilfeplanung** durch den Träger der Sozialhilfe vor. Bei ihm liegt das Hauptinteresse, dass der gesamte notwendige Hilfebedarf frühzeitig erfasst und koordiniert wird, und zwar bevor institutionelle Fehlezuweisungen erfolgen. Die Erfahrung lehrt, dass solche Koordinierungen am ehesten gelingen, wenn eine klare Moderationszuständigkeit besteht. Entgegen dem Missverständnis von Fuchs geht es nicht darum, durch den Sozialhilfeträger die Leistungen der anderen Reha-Träger erbringen zu lassen. In der Praxis ist allerdings der Sozialhilfeträger ohnehin häufig in der Situation, vorleistungen zu müssen. Das Ausmaß dieser Vorleistungen soll durch das neue Verfahren deutlich vermindert werden, das ist jedenfalls die damit verbundene Hoffnung. Die damit zusammenhängenden Probleme sind im ASMK-Konzept aufgegriffen worden.
4. Ein Sonderfall sind die Hilfen zur **Teilhabe am Arbeitsleben in Werkstätten**. Hier geht es darum, Personen, die einen Anspruch auf Werkstatteleistungen ha-

ben, Alternativen außerhalb der Werkstätten zu ermöglichen, ohne dass dies durch Unterschiede in Anrechnungsvorschriften und bei sozialrechtlichen Begünstigungen wie der Rentenregelung erschwert wird. In diesem Bereich sind besondere Anstrengungen erforderlich, die den Zugangsschwierigkeiten wesentlich behinderter Menschen auf einen durch Arbeitslosigkeit und wachsende Technisierung geprägten Arbeitsmarkt entgegenwirken.

V. Abschließende Bemerkungen zum SGB IX

1. Die Vorschrift des § 14 SGB IX hat ihre Verdienste. Sie bleibt auch als Anfangsregelung erforderlich. Es ist aber an der Zeit, über **Sonderregelungen für bestimmte Fallgestaltungen** nachzudenken, die das Element des Zufalls ausschließen und die koordinierte Planung verbindlicher machen. Ganz neu ist das nicht. Für die berufliche Rehabilitation enthält der Fachausschuss nach § 2 der Werkstättenverordnung einen entsprechenden Ansatz.

2. Die Ziffer IV der Eckpunkte (Anlage zum ASMK-Beschluss 2010) zur Bedarfsermittlung und Feststellung ähneln der gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ nach § 13 Abs. 1, § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation). Eine gesetzliche Verankerung, wie sie schon für die Pflege im SGB XI existiert, hat aber gegenüber der gemeinsamen Empfehlung einen höheren Grad der Verbindlichkeit. Andererseits ist es eine lohnende Überlegung, im zweiten Schritt die für alle gemeinsamen Elemente im SGB IX zu verankern.

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.
