diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht
www.reha-recht.de

DVfR Deutsche Vereinigung für Rehabilitation

Forum D

Entwicklungen und Reformvorschläge
– Diskussionsbeitrag Nr. 13/2013 –

21.05.2013

Abschied von der „Eingliederungshilfe“ – Ein Leistungsgesetz zur sozialen Teilhabe für Menschen mit Behinderungen?

von Dr. Wolfgang Schütte, Professor für Sozialrecht an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales

Am 6. Juli 2012 lag dem Bundesrat ein Antrag des Freistaates Bayern vor. Bayern möchte, dass sich der Bund bei der sozialen Sicherung im Falle von Behinderungen stärker engagiert. Die Nachfolge der heutigen nachrangigen sozialhilferechtlichen „Eingliederungshilfe“ (SGB XII) soll ein bundesfinanziertes Leistungsgesetz für alle Menschen mit Behinderungen antreten.

Vorausgegangen sind nunmehr sechsjährige zähe Bund-Länder-Beratungen unter der Federführung der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK), deren Ergebnisse in den sogenannten „Eckpunkten“ die fürsorgerechtliche Gesamtkonstruktion der „Eingliederungshilfe“ unangetastet lassen und lediglich die Hilfegewährung stärker individualisieren wollen („personenzentrierte Hilfen“). Streitig blieb zwischen Bund und Bundesländern, wieweit sich der Bund in der Behindertenhilfe finanziell zu beteiligen habe. Bei den Verhandlungen zum Fiskalpakt haben die Länder dem Bund nun umfangreiche Finanzzusagen abgerungen, unter anderem für den Einstieg des Bundes in die Finanzierung der Eingliederungshilfe.[1] Hinzu kommt, dass sich nun erstmals eine unionsgeführte Landesregierung den Forderungen angeschlossen hat, die bislang eher aus den Reihen der Fraktionen der „Linken“ und der „Bündnisgrünen“ zu hören waren.[2] So bestehen jetzt endlich politisch gute Chancen für ein – der Sozialhilfe vorgelagertes – Leistungsgesetz zur sozialen Teilhabe.

Der nachfolgende Beitrag schildert in Teil 1 die Defizite der gegenwärtigen Regelungen im Recht der Sozialhilfe und die Beratungsergebnisse in den Gremien der ASMK. In einem Teil 2 werden die maßgeblichen Orientierungen des Verfassungsrechts dargelegt, an denen sich ein Leistungsgesetz zur sozialen Teilhabe auszurichten haben wird.

[1] FAZ, Dienstag, 26. Juni 2012, Nr. 146, S. 11: „Der Fiskalpakt hat für den Bund seinen Preis.“ Die Beratungen des Bundesrates zum bayrischen Entschließungsantrag sind dokumentiert: www.bundesrat.de (899. Sitzung).

[2] Siehe BT-Drucks. 17/782 und 17/7889 (LINKE), 17/7951 (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN). Noch unentschieden die SPD: BT-Drucks. 17/7942.

I. Problemstand und Überblick

Die „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ (§§ 53 ff. SGB XII) ist ein wesentlicher Baustein im Recht der Rehabilitation und Teilhabe. Das geltende Sozialhilferecht folgt nach wie vor den Prinzipien der klassischen Fürsorge: Es gewährt „bedarfsgerechte“ und einkommensabhängige Leistungen in kommunaler Steuerung und Verantwortung und im Rahmen eines Gestaltungsermessens der Leistungsträger; es öffnet sich für Leistungen generell erst dann, wenn eigene und familiäre Ressourcen ausgeschöpft sind und auch andere Sozialleistungen, die einem ähnlichen Zweck dienen, nicht verfügbar sind. Diese leistungsrechtlichen Bedingungen haben sich seit Inkrafttreten des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) im Jahre 1961 nicht grundsätzlich geändert, sie haben auch das Außerkrafttreten dieses Gesetzes und seine Ersetzung durch die neuen Regeln zur Grundsicherung (SGB II, SGB XII) im Jahre 2004 überlebt. Ein halbes Jahrhundert nach Beginn der BSHG-Ära scheint nun die Zeit reif für einen Neubeginn bei den Sozialleistungen für Menschen mit Behinderungen. Das offene Leistungskonzept des BSHG hat es den Leistungsträgern zwar ermöglicht, eine Vielzahl von Ideen zu finanzieren, doch die engherzigen rechtlichen Vorbehalte nötigen viele Leistungsberechtigte in einen behördlichen Hürdenlauf, ehe sie wissen, welche Unterstützungen sie am Ende des Verwaltungsverfahrens erwarten dürfen. In der lokalen Praxis findet sich eine Vielzahl von Bedarfsbemessungsverfahren, Angebotsformen und Finanzierungsmodellen, sodass bundesweit von „gleichwertigen Lebensverhältnissen“ (Art. 72 Grundgesetz) beim Zugang zu Leistungen zur Sozialen Teilhabe kaum gesprochen werden kann. Die Kommunen sind politisch und finanziell nicht verlässlich und koordiniert genug, um als maßgebliche Garanten einer sozialrechtlich gesicherten diskriminierungsfreien und gleichmäßigen sozialen Teilhabe fungieren zu können. Nicht zuletzt haben sich gesellschaftspolitische Anschauungen für die Verantwortung und Ausgestaltung von sozialrechtlichen Leistungen als Reaktionen auf Behinderungen weiterentwickelt.

Die Eingliederungshilfe ist als rechtliche Basis für lebensgestaltende Assistenzleistungen für Menschen mit schweren und schwersten Behinderungen nicht mehr zeitgemäß, sie bedarf dringend der Reform durch ein verlässliches und wirksames Recht auf soziale Teilhabe für alle Menschen mit Behinderungen, die in dieser Hinsicht Unterstützungsleistungen benötigen.

Schon im Jahre 2001 setzte das Sozialgesetzbuch IX, Rehabilitation und Teilhabe, neue Maßstäbe für eine integrative und koordinierte Hilfegewährung im Rehabilitationsrecht; doch in der Eingliederungshilfe wurden diese Impulse so gut wie nicht aufgenommen. Die systematische Einordnung der Sozialhilfe in das Sozialgesetzbuch bei der Reform der Grundsicherung im Jahre 2004 ließ die Eingliederungshilfe nahezu unverändert; der Bund verweist seither auf die Primärverantwortung der Länder und Gemeinden und verhält sich gesetzgeberisch passiv. Seit gleichfalls einem Jahrzehnt dauert die Klage der Kommunen und ihrer Verbände an, mit den sozialen Hilfen für Menschen mit Behinderungen sei die örtliche Ebene finanziell überfordert. In Politik und Verbänden wird daher seit Längerem eine Reform angemahnt und beraten. Während die Länder mit den Verbänden im Rahmen der Arbeits- und Sozialministerkonferenz über mehrere Jahre schon eine Debatte um die Flexibilisierung des Hilfesystems führen („ASMK-Prozess“), sind die Auswirkungen der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen aus dem Jahre 2006 für eine sozialrechtliche Reform noch wenig ausgeleuchtet. Parallel zu den Insider-Debatten um die Arbeitsgruppen der ASMK werden andere große Leistungssysteme

nach ihren jeweiligen Logiken reformiert, ohne dass erkennbar auf die Situation behinderter Menschen Rücksicht genommen wird: Gesundheitsreformen mit problematischen Selbstbeteiligungen und gegenüber behinderten Menschen abweisenden Anreizen an die Kassen, Reformen der Pflegeversicherung mit eigenen separaten Bedarfsbemessungs- und Beratungsmodellen, Reformen der Grundsicherung mit Auswirkungen auf die Bildung und Soziale Teilhabe gerade auch bei Behinderungen.

Der nachfolgende Beitrag geht zunächst auf die gegenwärtige, weitgehend durch das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) von 1961 geprägte Rechtslage und ihre grundrechtskonkretisierenden und sozialpolitischen Folgen ein (II.). Danach werden die mehrjährigen Beratungen der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) gesichtet (III.). Sodann sollen die maßgeblichen Orientierungslinien für ein künftiges Leistungsgesetz dargelegt werden. Dies zunächst in rechtlicher Hinsicht: Verfassungsrecht, SGB-Systematik und UN-Behindertenrechtskonvention (IV.), danach in fachlicher Hinsicht: Bedarfsbemessung, Individualisierung der Hilfeplanung, Persönliches Budget, Sozialraumorientierung (V.). Den Schluss bildet ein Ausblick auf die laufenden Beratungs- und Gesetzgebungsverfahren.

II. Blick zurück: Bilanz des BSHG und Desiderate für ein novelliertes SGB

1. Daten: Leistungen und ihre Finanzierung

Die „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ nach §§ 53 ff. SGB XII[3] ist im bundesdeutschen Rehabilitations-Sozialrecht[4] das mit Abstand bedeutsamste Teilgebiet.

„Eingliederungshilfe“ erhielten im Jahre 2009 insgesamt rund 724.000 Menschen.[5] Darunter waren über 230.000 Personen im Wege der Sozialhilfe in Werkstätten für behinderte Menschen beschäftigt, rund 130.000 Kinder erhielten heilpädagogische Maßnahmen und rund 60.000 Kinder Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung.

In ihrer lebensgestaltenden Wirkung und finanziellen Größenordnung ragen die Wohnhilfen hervor. Für fast 300.000 schwer- und schwerstbehinderte Menschen gewährt die „Eingliederungshilfe“ Leistungen zum betreuten Wohnen und sichert damit eine dauerhafte sozialstaatliche Basisunterstützung zur persönlichen Lebensgestaltung und zur Förderung sozialer Kontakte. Rund 400.000 Menschen sind – meist viele Jahre lang – auf andere durch Sozialhilfe finanzierte Dienste und Einrichtungen angewiesen, meist Werkstätten oder ambulante Assistenzleistungen. Die Zahl der leistungsbe-

[3] Paragrafen ohne Zusatz in diesem Kapitel sind solche des SGB XII. Die im Gesetz verwandte Kapitelüberschrift der „Eingliederungshilfe“ wird hier in Anführungszeichen gesetzt: Bei einer Novellierung wird man sich über einen angemesseneren Titel für diese Hilfen verständigen müssen. Dieser neue Titel sollte eher vom Ziel der sozialen Teilhabe und der Wechselbezüglichkeit ihrer Förderung geprägt sein als – wie bisher – vom Gedanken einer einseitigen Anpassung und Einordnung des Leistungsberechtigten an eine vorfindliche gesellschaftliche Umgebung.

[4] Gemeint sind hier die Rechtsvorschriften, die von den in § 6 SGB IX genannten Rehabilitationsträgern umzusetzen sind.

[5] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Statistik der Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe 2007–2009, BAR Reha-Info 1/2011.

rechtigten volljährigen Personen in vollstationären Einrichtungen dürfte nach Einschätzung der überörtlichen Träger derzeit bei etwa 195.000 liegen.[6] Die Prognosen gehen von einer leichten Steigerung bis 2014 auf rund 197.000 aus.[7] Erheblich gestiegen sind in den vergangenen Jahren die Empfängerzahlen bei ambulant betreuten Wohnmaßnahmen: von 64.000 (2005) auf 93.000 (2008). 2014 wird mit über 140.000 Leistungsempfänger/innen gerechnet.[8]

Auch für die Werkstätten rechnen die überörtlichen Träger befristet mit einem Anstieg, denn im Verhältnis zur Altersstruktur der Erwerbsbevölkerung insgesamt sind Werkstattbesucher deutlich jünger; auch tritt hier die Dynamik der Verrentung um 30 bis 35 Jahre verzögert auf. Seit dem Jahr 2000 dürften die Platzzahlen um über 15 Prozent gestiegen sein, in den Tagesstätten um über 25 Prozent.[9]

Die Gründe für diese Fallzahlsteigerungen liegen in der demografischen Entwicklung und deren politischen Randbedingungen. Das im Vergleich zur Gesamtbevölkerung niedrigere Durchschnittsalter behinderter Menschen, die auf „Eingliederungshilfen“ angewiesen sind, führt seit Jahren und auch zukünftig noch einige Jahre lang zu steigenden Zugängen. Zudem sinkt das Eintrittsalter in betreute Wohnformen. Schließlich hat sich durch verbesserte Lebensbedingungen und medizinische Entwicklungen die Lebenserwartung der behinderten Menschen an die der nicht behinderten angeglichen. Weil es sich gerade bei den Wohnhilfen durchweg um Dauerleistungen handelt, steigt zudem die Verweildauer im Leistungsbezug. Und nach den Jahren der Vernichtungspolitik im NS-Regime kann nun die nachfolgende Generation behinderter Menschen unbedroht und gesundheitlich angemessen versorgt älter und alt werden.

Die finanzielle Verteilung und Dynamik folgen dieser Leistungsentwicklung: Im Jahre 2009 haben die Sozialhilfeträger über 20 Milliarden (Mrd.) Euro auf der Basis des SGB XII ausgegeben, davon 13,3 Mrd. für die „Eingliederungshilfe“.[10] Nach dem Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes in den Jahren 1995 und 1996 und der Zusammenlegung von Hilfe zum Lebensunterhalt und Arbeitslosenhilfe in der Grundsicherung für Arbeitslose im Jahre 2004 ist die stationäre Eingliederungshilfe die finanziell bedeutsamste Hilfeart im Sozialhilferecht des SGB XII. Etwa 7 Mrd. Euro werden für Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft aufgewandt, davon 5,5 Milliarden für Wohnhilfen. Daneben stehen die Kosten für Werkstätten mit 3,2 Mrd. Euro als zweitwichtigster Ausgabenblock. Finanzmittel für Wohnhilfen und Hilfen bei der Teilhabe am Arbeitsleben nach dem SGB XII fließen in diesen beiden großen Ausgabenblöcken überwiegend in Institutionen: Heime und Werkstätten. Im Jahre 2007 flossen in diese beiden Einrichtungsarten insgesamt knapp 8 Mrd. Euro von den knapp 12 Mrd. Euro der „Eingliederungshilfe“, das sind 66 Prozent

[6] Einen Einblick in die Struktur der Hilfen erhält man durch das Zahlenmaterial der BAR (Fn. 6) und des Statistischen Bundesamtes: Statistisches Bundesamt, www.destatis.de: Statistik der Sozialhilfe. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Wiesbaden 2009. Die überörtlichen Träger geben regelmäßig Daten zur Entwicklung der Behindertenhilfen bekannt: Baur, in: Jung, SGB XII-Kommentar, vor § 53, Rdnr. 3 ff.; ders., in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit H. 3/2006, S. 4 ff.; diverse Artikel der BAGüS: http://www.lwl.org/LWL/Soziales/BAGues/vortraege_artikel/

[7] Schumacher: Ungebrochener Fallzahlenzugang in der Behindertenhilfe – Dritte Erhebung der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, in: RdL 2010, H. 1, S. 7.

[8] Zu den – aus der Sicht der Leistungsträger besorgniserregenden – Fallzahlentwicklungen siehe schon: Deutscher Verein, in: NDV 2003, S. 121 ff.

[9] Hartmann (www.consens-info.de), Vortrag beim Paritätischen Wohlfahrtsverband am 12. Mai 2006, Fachveranstaltung „Mehr Arbeit für behinderte Menschen durch persönliches Budget“; Schumacher (Fn. 8).

[10] BAR (Fn. 6).

oder zwei Drittel der Gesamtaufwendungen der „Eingliederungshilfe“, ohne dass hier etwaige teilstationäre Angebote oder andere stationäre Hilfen außerhalb von Heimen oder Werkstätten berücksichtigt wären – ein Hinweis auf die nach wie vor starke Zentrierung des Hilfesystems auf stationäre Hilfen.

2. Die „Eingliederungshilfe“ in der Fürsorgegesetzgebung: Vom Bundessozialhilfegesetz (BSHG) zum SGB XII

Gesellschaftsgeschichtlich ist die „Eingliederungshilfe“ das Resultat einer langen Entwicklung in Deutschland, die eine rechtlich gesteuerte Intervention bei benachteiligenden, also „hilfebedürftigen“ Lebenslagen in den Kreis nun selbstverständlicher Staatsaufgaben hineinwachsen ließ.[11]

Sozialpolitisch ist die expandierende Entwicklung des Hilfesystems eine Erfolgsgeschichte, was heute angesichts der Finanznot vieler Leistungsträger kaum mehr wahrgenommen wird. Politischer Friede im Innern und Äußeren, Individualisierung der familiären Lebensverhältnisse, Ausbau vorhandener Versorgungsstrukturen, Teilhabe an verbesserten Gesundheitsleistungen und eine größere Sensibilität der Gesellschaft insgesamt für die Gefahren einer sozialen Exklusion: Die derzeitigen Fallzahlsteigerungen können auch als Ausdruck und Ergebnis einer positiven Wohlfahrtsentwicklung in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts gelesen werden.

Das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) hat von 1961 bis 2004 maßgeblich dazu beigetragen, vorhandene Unterstützungsangebote auf eine individualrechtliche Grundlage zu stellen und für eine Verteilung der finanziellen Lasten zu sorgen. Dazu wurden zunächst alle Arten der Behinderung in den sozialen Schutz gleichermaßen einbezogen. Das Körperbehindertengesetz von 1957, das Tuberkulosenhilfegesetz von 1959 und die Erstattungsgrundsätze zwischen den Fürsorgeträgern wurden hier aufgenommen. Später – nach mehreren Zwischenschritten – wurde 1974 der noch heute maßgebliche umfassende Behindertenbegriff (körperlich, geistig, seelisch) im Gesetz verankert.[12]

Gleichzeitig wurde durch die Aufteilung zwischen Existenzsicherung („Hilfe zum Lebensunterhalt“) und einer Reihe von „besonderen Lebenslagen“ der bislang einheitliche, auf existenzsichernde Unterstützung ausgerichtete fürsorgerechtliche Begriff der Hilfebedürftigkeit rechtssystematisch aufgesplittet zwischen einer Basissicherung mit dem Charakter einer Ausfallbürgschaft und einer Sammlung sozialer Hilfen für spezifischere Bedarfe. Diese Aufnahme besonderer Hilfsbedarfe hat das BSHG geprägt: Seinen Schwerpunkt bildeten nicht geldförmige, sondern dienstleistende Unterstützungen in sozialstaatlich finanzierter Gewährleistung. Insofern war das BSHG als eine Art Rehabilitationsgesetz gedacht, zumal man Anfang der 1960er-Jahre davon ausgehen konnte, die „Hilfe zum Lebensunterhalt“ als fürsorgerechtliche Existenzsicherung werde sich durch das Wirtschaftswachstum weitgehend erledigen. Der Nachrang gegenüber den Möglichkeiten der Selbsthilfe wurde für behinderte Menschen und ihre Angehörige Schritt für Schritt durch großzügigere Einkommens- und Vermögensgrenzen gelockert.

Gleichsam stilbildend war neben diesem neuen, auf besondere Bedarfe und „ganzheitliche“ Hilfen ausgerichteten Interventi-

[11] Umfassend: Welti: Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, 2005; Einzelheiten zur Geschichte bei Sachße/Tennstedt: Armut und Sozialhilfe; siehe auch Schütte: Sozialhilferecht, in: Luthe (Hrsg.): Rehabilitationsrecht, 2009.

[12] Neumann, in: ders. (Hrsg.): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (Handbuch SGB IX), 2004, § 1; Schellhorn, in: ders. u. a. (Hrsg.): SGB XII-Kommentar, 17. Aufl., 2006, Einf. Rdnr. 5 ff.; Nachweise zu den Änderungsgesetzen des BSHG bei Baur, in: Jung: SGB XII-Kommentar, § 53 Rdnr. 1.

onskonzept auch die rechtsgeschichtlich bedeutsame Gewährung dieser Hilfen als Rechtsanspruch. Zwar hatte das Bundesverwaltungsgericht schon 1954 aus der Menschenwürdegarantie des Art. 1 Grundgesetz herausgelesen, ein Fürsorgeempfänger sei kein der staatlichen Gnade und Willkür Unterworfener, sondern ein Rechtssubjekt, dem ein eigenständiges subjektiv-öffentliches Recht auf Sozialhilfeunterstützung zukomme.[13] Doch nun war ab 1961 im § 5 BSHG die alte Deutung im gesetzten Recht zum Abschluss gelangt und korrigiert, in der bis dato alle Fürsorgevorschriften lediglich als staatliche Auftragsnormen und Aufgabenbeschreibungen angesehen worden waren. Ab nun gehörte der Rechtsanspruch auf Fürsorge de lege lata zum Grundbestand des Sozialstaats und seiner rechtlichen Ausgestaltung.

Im Ergebnis hat das BSHG die sozialstaatliche Verantwortung für Menschen mit Behinderungen entscheidend gesteigert und sozialrechtlich verdichtet, indem es

- den engen Bezug zu Verfassungsgrundsätzen, insbesondere zur Menschenwürdegarantie herausstellte,[14]
- Fürsorgeleistungen auf Rechtsansprüche gründete und sie damit einer materiellrechtlichen gerichtlichen Kontrolle zugänglich machte,[15]
- behinderungsspezifische Bedarfe allgemein für alle Arten der Behinderung aufgriff,[16]
- individualisierte Dienstleistungen und persönliche Hilfen einschließlich vollstationärer Versorgung als Regelleistung aufnahm,[17]
- gruppenspezifisch differenzierte, bei Behinderungen immer zurückhaltendere Einkommens- und Vermögensanrechnungen vorsah.[18]

In den folgenden Jahrzehnten nach Inkrafttreten des BSHG wurde auch die Ausdifferenzierung der fürsorgerechtlichen Hilfearten weiter vorangetrieben: Leistungen für Asylbewerber/innen wurden gesetzlich aus der Hilfe zum Lebensunterhalt ausgegliedert;[19] die Grundsicherung für Alte und Behinderte wurde erst in ein eigenständiges Grundsicherungsgesetz ausgelagert,[20] dann wieder in das zentrale Sozialhilferecht, nun das SGB XII, zurückverlagert;[21] bedeutsam war insbesondere die „Ausgründung“ der Hilfe zur Pflege mit einer eigenständigen sozialen und privaten Pflegeversicherung,[22] die die relative Bedeutung der letzten großen „besonderen Lebenslage“ im BSHG, der Behinderung, weiter anwachsen ließ. Infolge der lückenhaften Existenzsicherung bei Arbeitslosigkeit war die „Hilfe zum Lebensunterhalt“ seit Beginn der wirtschaftlichen Strukturkrisen Anfang der 1980er-Jahre zu einer unverhofften Bedeutung gelangt. Mit Wirkung zum Jahr 2004 verlor das Nachfolgegesetz des BSHG, nun als Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe – in das Sozialgesetzbuch eingefügt,[23] diese Aufgabe an die Grundsicherung für Arbeitsuchende im SGB II.[24] Fi-

[13] BVerwGE 1, 159.
[14] Art. 1 GG, § 1 BSHG, jetzt § 1 SGB XII.
[15] § 4 BSHG, § 17 SGB XII.
[16] §§ 39 ff. BSHG und VO nach § 47 BSHG (Eingliederungshilfeverordnung – EinglVO), jetzt §§ 53 ff. SGB XII mit VO nach § 60 SGB XII (Eingliederungshilfeverordnung – EinglVO).
[17] §§ 3, 3a und 5 BSHG, jetzt §§ 9–11, 13 SGB XII.
[18] §§ 43, 90 ff. BSHG, jetzt §§ 82 ff. SGB XII.
[19] Asylbewerberleistungsgesetz – AsylbLG – vom 26. Mai 1997, BGBl. I S. 1130.
[20] Grundsicherungsgesetz – GSiG – vom 26. Juni 2001, BGBl. I S. 1335.
[21] Jetzt §§ 41 ff. SGB XII.
[22] Pflege-Versicherungsgesetz – PflVG vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014.
[23] Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022).
[24] Art. 1 Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954).

nanzierung und Leistungsbemessung folgen nun neuen Grundsätzen, die sich von der strikten Einzelfallbetrachtung durch den kommunalen Fürsorgeträger im alten BSHG deutlich abheben.[25] Die neue „Hilfe zum Lebensunterhalt“ im SGB XII hat ihre Restbedeutung zum Beispiel für alleinstehende Kinder und Jugendliche;[26] die „Grundsicherung“ bleibt bedeutsam für Personen, die nicht erwerbstätig oder erwerbsfähig sind, das heißt vor allem für ältere und/oder schwerer behinderte Menschen.[27]

Nachdem die Pflegeversicherung des SGB XI keine bedarfsgerechten, sondern an monatliche Höchstbeträge gekoppelte Leistungen verspricht,[28] steht das SGB XII für eine ergänzende „Hilfe zur Pflege“ bereit. Die rehabilitativ orientierte „Eingliederungshilfe“ nach §§ 53 ff. ist danach das letzte größere sozialpolitische Aufgabenfeld, das im Kernbereich des Fürsorgerechtes – mit gewichtigen Anteilen eines erstzuständigen Leistungssystems – verblieben ist. Inzwischen ist die „Eingliederungshilfe“ im SGB XII zur bedeutendsten Hilfeart im SGB XII „aufgestiegen“.

3. Funktion der „Eingliederungshilfe“ im Rahmen der Sozialrechtsordnung: Sekundäres und primäres Hilfesystem

Eine Reform des Rehabilitationsrechts ist heute vor allem im Bereich der sozialen Rehabilitation („Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“) dringlich; dazu muss sie rechtspolitisch an dem für diese Leistungsgruppe wichtigsten besonderen Leistungsgesetz ansetzen, beim SGB XII (Sozialhilfe). Diese Zusammenhänge erschließen sich, wenn man die Rolle der „Eingliederungshilfe“ (§§ 53 ff. SGB XII) im Zusammenwirken mit den im SGB IX benannten verschiedenen Leistungsgruppen betrachtet[29] und ihre Konstruktionsprinzipien auf eine grundrechtliche, Nachteile ausgleichende Wirkung hin überprüft.[30]

Staatsorganisatorisch bildet die Behindertenhilfe einen Schwerpunkt der kommunalen Sozialpolitik und Daseinsvorsorge,[31] doch viele sozialrechtliche Aspekte der Rehabilitation und Teilhabe haben sich mittlerweile in die zentralstaatlichen Sozialversicherungssysteme verlagert. Die „Eingliederungshilfe“ hat heute rechtssystematisch die Aufgabe, eine Art Ausfallbürgschaft in allen drei thematisch eigenständigen Leistungsgruppen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation vorzuhalten: Überall dort, wo vorrangige Leistungsträger nicht zuständig sind und sich gleichwohl Bedarfe an Rehabilitationsleistungen ergeben, spannt die Sozialhilfe mit dem Schwerpunkt der „Eingliederungshilfe“[32] ein letztes Netz für diejenigen Menschen mit Behinderungen, denen aufgrund rechtlicher Barrieren ein Zugang zu den vorgelagerten Teilsystemen der Rehabilitation versagt ist. Die Vorversicherungszeiten und Risikoabgrenzungen der Sozialversicherungen wirken hier selektiv und verweisen bestimmte Personengruppen bei Behinderungen auf die Sozialhilfe; betroffen sind vor allem Menschen mit einer Behinderung von Geburt an.

---

[25] Zu den damit verbundenen Problemen etwa: Mrozynski, in: SGb 2009, S. 450 ff.; zur verfassungsrechtlichen Bewertung: BVerfG, Urteil vom 9. Februar 2010 (Regelsätze der Grundsicherung).

[26] §§ 27 ff. SGB XII.

[27] §§ 41 ff. SGB XII.

[28] Siehe die Pflegestufen und die darauf gerichteten Leistungshöchstbeträge in §§ 15, 36 ff. SGB XI.

[29] § 5 SGB IX.

[30] Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG.

[31] Eingehend: Pitschas: Behinderte Menschen in der kommunalen Sozialpolitik, in: SGb 2009, S. 253 ff.

[32] Für viele bedeutsam ist auch die nachrangige Rolle der Sozialhilfe bei pflegerischen Hilfen nach §§ 61 ff., bei Hilfen zur Gesundheit nach §§ 47 ff. und bei der Hilfe zur Weiterführung des Haushalts und zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach § 70 bzw. §§ 67 ff. SGB XII.

Diese Barrieren sind je nach Leistungsgruppe jedoch sehr unterschiedlich, weil die „Inklusionsgesetzgebung“ mit ihren Maßnahmen zur Universalisierung der Leistungsrechte sich in den Teilleistungssystemen sehr verschieden entwickelt hat: In der medizinischen Rehabilitation erfasst das deutsche System sozialer Sicherung mit den Sozialversicherungen der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen beinahe alle medizinisch behandelbaren Risiken; hier ist die Bedeutung der Sozialhilfe gering, zumal in jüngster Zeit die Krankenversicherung auch auf Bezieher existenzsichernder Sozialhilfeleistungen ausgedehnt und seit dem Jahre 2007 ein Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation im SGB V verankert wurde.[33] Gleichwohl gibt es auch hier eine Reihe von Abgrenzungsproblemen und Koordinationsmängeln, zum Beispiel beim Behindertensport und bei der Frühförderung. In der beruflichen Rehabilitation sind die Lücken in den vorrangigen Systemen gravierender; insbesondere die Finanzierung von Plätzen in Werkstätten und Tagesstätten für Menschen, die auf dem ersten Arbeitsmarkt keine oder nur eingeschränkte berufliche Chancen haben, ist gegenwärtig Aufgabe der Sozialhilfe.[34]

Zentrale Bedeutung hat die Sozialhilfe mit ihrer „Eingliederungshilfe“ bei der lebensweltlichen Gestaltung, also bei den Ansprüchen auf soziale Teilhabe, die vor allem Assistenzmaßnahmen in der Wohnung und im Wohnumfeld, beim Erschließen des sozialen Nahbereichs und beim Zugang zum öffentlichen Raum verlangen (Soziale Teilhabe). Bei diesen Aspekten der Lebensgestaltung und persönlichen Verwirklichung fehlt es für Menschen mit Behinderungen überwiegend an einer unterstützenden Zuständigkeit der nach wie vor erwerbszentrierten Sozialversicherungen; oder deren Leistungen sind mit Zugangsbarrieren verbunden, die Menschen mit geistigen oder mehrfachen Behinderungen nicht übersteigen können, weil ihnen eine Position im Erwerbsleben nicht zugänglich war oder ist.[35]

Gerade bei den Leistungen zur sozialen Teilhabe reicht die Funktion der Sozialhilfe weiter als bis zur Ausfallbürgschaft, denn sie ist hier für die meisten Anwendungsfälle[36] erst- und letztzuständiges Leistungssystem.

4. Strukturmerkmale der Fürsorge und ihre Folgen

Wesentliche rechtliche Ursache für diese hier angedeutete Überforderung der „Eingliederungshilfe“ als Garant sozialer Teilhabe ist ihre historische Verankerung im Fürsorgeteil unseres Systems sozialer Sicherung.

Einkommensabhängigkeit

Die Wirksamkeit der Unterstützung von Menschen mit Behinderungen im geltenden Sozialrecht leidet am fürsorgerechtlichen Nachranggrundsatz und damit an der Einkommensabhängigkeit der Hilfen. Nach wie vor stehen zentrale Unterstützungsleistungen, die der Verwirklichung des Grundrechts aus Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG dienen, unter dem Vorbehalt, dass weder Leistungsempfänger noch Angehörige aus eigenem Einkommen und Vermögen die Kosten für die benötigten Hilfen selbst tragen können. Der

[33] Zum Verhältnis SGB V und SGB XII: Fahlbusch, RsDE 69 (2009), S. 47 ff. Zum Rechtsanspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation siehe § 40 SGB V in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007, BGBl. I S. 378.

[34] Trenk-Hinterberger: Behindertenwerkstätten, in: Luthe (Hrsg.): Rehabilitationsrecht, 2010, Teil 2, Kap. J.

[35] Siehe z. B. die Vorversicherungszeiten der Gesetzlichen Rentenversicherung nach § 11 SGB VI oder die fehlende Zugehörigkeit zum Kreis der Versicherten nach § 2 SGB VII bzw. das Fehlen eines „Versicherungsfalles“ in der Gesetzlichen Unfallversicherung nach §§ 7 ff. SGB VII.

[36] Das gilt etwa nicht für Leistungsberechtigte in der Gesetzlichen Unfallversicherung; Einzelheiten bei Schütte, in: Luthe (Fn. 35).

Grundsatz der Nachrangigkeit[37] ist im Behindertenrecht der Sozialhilfe allerdings bereits heute vielfach aufgehoben oder gemildert: So stehen die Eigenbeiträge generell unter dem Vorbehalt der „Zumutbarkeit“;[38] die Leistungsberechtigten sind durch gesetzliche Selbstbehalte beim Einkommen und Vermögen geschützt;[39] bei maßgeblichen Leistungen der „Eingliederungshilfe“ sind nur die ersparten Kosten des Lebensunterhalts einzusetzen;[40] die Sozialhilfeträger müssen im Sinne eines „Bruttoprinzips“ die Gesamtkosten übernehmen und sind auf das Einfordern von Kostenbeiträgen verwiesen.[41] Obgleich damit das fürsorgerechtliche Nachrangprinzip im Behindertenrecht erheblich gemildert wurde, bilden die geltenden Anrechnungsregeln Sperren bei der Inanspruchnahme eigentlich notwendiger Leistungen. So muss ein erwerbstätiger Mensch, der wegen der Schwere seiner Behinderung auf die Hilfe in einer stationären Einrichtung notwendig[42] angewiesen ist, damit rechnen, dass er sein gesamtes Einkommen bis auf ein „Taschengeld“ einzusetzen hat.[43] Bei ambulanten Hilfen für behinderte Kinder werden nach den geltenden Regeln auch Eltern mittlerer Einkommen bei der Inanspruchnahme von Leistungsanbietern für die familiäre Entlastung und die pädagogische Förderung schnell zu Selbstzahlern. Die Akzeptanz der Hilfen wird dadurch entscheidend gemindert, Unterversorgung und Defizite in der kindlichen Entwicklung sind die Folge. Dies nur zwei Beispiele, in denen die beabsichtigten nachteilsausgleichenden Wirkungen der angestrebten Hilfen durch Konstruktionsprinzipien der „Eingliederungshilfe“ konterkariert werden. Hinzu kommt, dass die Milderung des Nachranggrundsatzes bei Maßnahmen der Behindertenhilfe im SGB XII die Unterbringung in stationären Einrichtungen rechnerisch privilegiert. Mit Recht weisen die Reform-Empfehlungen der ASMK darauf hin, dass man solche einrichtungsbezogenen Steuerungen durch individualisierende Planungen ersetzen müsse.[44]

Ungleichheiten im Leistungszugang

In einem weiteren Sinne ist das Hilfesystem der „Eingliederungshilfe“ in seiner fürsorgerechtlichen Konstruktion überfordert: In Zeiten knapper Ressourcen erweist sich das geltende Sozialhilfe-Gefüge als nicht krisenfest. Dies geht zulasten des an qualifizierter Betreuung interessierten Fachpersonals und ihrer Einrichtungen und zulasten gleichmäßiger Zugangschancen zu Teilhabeleistungen. Derzeit sind die Leistungsrechte der „Eingliederungshilfe“ übermäßig anfällig für finanzpolitisch motivierte Steuerungsversuche. Damit verstärken sich Risiken im Leistungszugang und bei der Leistungsbemessung, die in der „Szene“ jeder kennt: In den meisten Metropolen gibt es differenzierte Wohnformen je nach Grad des Unterstützungsbedarfs, in vielen anderen Regionen bleibt jungen Erwachsenen mit Behinderung als Alternative zum Elternhaus oft nur die Möglichkeit, in eine vollstationäre Einrichtung, also in ein Heim oder in eine Wohngruppe zu ziehen. Die Großstadt X gewährt behinderten Menschen zu Jahresbeginn einkommensunabhängig ein Heft mit Beförderungsgutscheinen, im Nachbarkreis Y dagegen müssen Betroffene begründen, warum sie meinen, ein Open-Air-Konzert besuchen zu wollen. Wer ein behindertes Kind zur Welt bringt, ist gut beraten, sich seinen künftigen Wohnort nach der Dichte der Unterstützungsangebote im Bereich der Frühförderung und Familienhilfen auszusuchen, und die variieren erheblich. So hat ein schleswig-

[37] § 2 SGB XII.
[38] § 19 Abs. 3 SGB XII.
[39] §§ 85–90 SGB XII.
[40] § 92 Abs. 1 SGB XII.
[41] § 92 Abs. 1 SGB XII.
[42] Siehe § 9 Abs. 2 SGB XII: Ambulant vor stationär.
[43] § 88 SGB XII.
[44] Bund-Länder-Arbeitsgruppe der ASMK, in: Schütte (Fn. 1).

holsteinischer Kreis im Hamburger Umland die ambulanten Hilfen für Familien mit behinderten Kindern aus seinem Programm gestrichen, während sie jenseits der Kreisgrenze auf der Basis von stadtstaatlichen Verwaltungsrichtlinien und Leistungsvereinbarungen zum standardisierten Hilfeangebot gehören und sozialgerichtlich durchsetzbar sind.

Unter den gegenwärtigen rechtlichen Rahmenbedingungen der „Eingliederungshilfe“ sind Zugänge und Bemessung von Leistungen zur gesellschaftlichen Teilhabe in so hohem Maße der örtlichen und regionalen Gestaltungsfreiheit unterstellt, dass die Realisierung des sozialrechtlichen Leistungsanspruchs auch in der Basisversorgung für viele Betroffenen zu einem Lotteriespiel werden kann. Was das für die Erreichbarkeit bestimmter Hilfen bedeutet, soll hier nur an einem Beispiel ambulanter Hilfen verdeutlicht werden. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger präsentiert auf ihrer Web-Seite[45] einen „Benchmarking-Report“, einen Kennzahlenvergleich der überörtlichen Sozialhilfeträger über gewährte Hilfen in der „Eingliederungshilfe“. Dort findet sich unter anderem eine grafische Aufschlüsselung der Hilfen im ambulanten betreuten Wohnen und begleiteten Wohnen in Familien je 1.000 Einwohner/innen.[46] Sind in Hamburg drei bis vier je 1.000 Einwohner in dieser Weise ambulant betreut, liegt die Vergleichszahl in Baden-Württemberg und Bayern deutlich unter eins. Diese erheblichen Differenzen erklären sich nicht durch die eventuell unterschiedlichen Zahlen über die Berechtigten pro Einwohner insgesamt, sondern durch den Ausbaustand der ambulanten Hilfen. In eine ähnliche Richtung weisen die Zahlen zum „Ambulantisierungsgrad“ der Hilfen, also zum Anteil der ambulant betreuten erwachsenen Menschen mit Behinderungen an allen erwachsenen Leistungsberechtigten der Eingliederungshilfe.[47] Hier kommen die Stadtstaaten Berlin und Bremen mittlerweile auf Quoten von 58 Prozent, während die ländlichen Regionen in Bayern um die 20 Prozent liegen. Man kann daraus schließen, dass es bezogen auf ambulante Betreuungsangebote für Menschen mit Behinderungen ein deutliches Nord-Süd-Gefälle gibt, überlagert von einem ebenso deutlichen Stadt-Land-Gefälle.[48]

Infrastruktur und Leistungserbringungsrecht

Die rechtlichen Rahmenbedingungen bleiben einstweilen defizitär, leider auch für das Leistungserbringungsrecht, das einem Bemühen um Rückbau stationärer Betreuungsangebote und darin liegender Fehlsteuerungen und Autonomiebeschränkungen eher Grenzen setzt als dass es förderlich wirkt. Schon die Interessen- und Diskussionslandschaften sind erheblich vorbelastet: Unter dem Dach der Fürsorge und nun der Sozialhilfe hat sich seit der Kaiserzeit eine eigene, hochgradig institutionalisierte Infrastruktur entwickelt, die schon aufgrund ihrer fragmentierten Finanzierungswege Fehlanreize schafft und sich einer gesamtstaatlichen Steuerung entzieht: ein institutionelles Arrangement, in dem lokale Absprachen zwischen staatlichen Kostenträgern, Wohlfahrtsverbänden und aus Betroffenenverbänden hervorgegangenen Leistungsanbietern eine mächtige, gegenüber Betroffeneninteressen teilweise dominante Gestaltungsallianz bilden. Viele bauliche Zeugen einer medizinorientierten Sichtweise aus dem Beginn des 20. Jahrhunderts sind in Form von „Anstalten“ noch erhalten; manche Gebäude fernab der Herkunftsgemeinden der Betroffenen wollen belegt werden und wandeln sich nur zögernd in gemeinde-

[45] http://www.lwl.org/spur-download/bag/endbericht%202009.pdf.

[46] Kennzahlenvergleich der überörtlichen Sozialhilfeträger, S. 27.

[47] Kennzahlenvergleich (Fußn. 47), S. 38.

[48] Zur verfassungsrechtlichen Problematik dazu noch unten: III/1.; sowie den Beitrag von Hohmann-Dennhardt in: Schütte (Fn. 1).

nahe Hilfelandschaften.[49]

Aus heutiger Sicht hat die bis in die 1990er-Jahre des letzten Jahrhunderts gültige kosten- und einrichtungsbezogene Finanzierung Fehlanreize gesetzt, die nun mühsam eingefangen werden müssen. Der seitherige Übergang von einer selbstkostenbezogenen zu einer „leistungsgerechten“ Vergütung ist von vielen Ungereimtheiten flankiert. Vor allem hat sich die Vorstellung als irrig erwiesen, man könne top down Märkte ohne Konsumenten simulieren, das heißt die Vorteile einer Anbieterkonkurrenz gegenüber einem Monopolnachfrager (Sozialhilfeträger) nutzen und gleichzeitig die Betroffenen von der Mitbestimmung über das eingesetzte Geld weithin ausschalten. Viele Sozialhilfeträger nutzen ihr Nachfragemonopol, um im Wege eines externen Preisvergleichs die jeweils billigsten Leistungsentgelte durchzusetzen. Glücklicherweise wirkt die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zur Preisfindung und ihre Umsetzung in den Schiedsstellen nach § 80 SGB XII nun mäßigend.[50]

Anders ausgerichtete Versuche, die Hilfen über Persönliche Budgets dezentral zu steuern, stecken derzeit im Dickicht rechtlicher Mehrfachzuständigkeiten und gegenläufiger Trägerinteressen mehr oder weniger fest.[51]

Soweit sich unter dem Kostendruck Umsteuerungsversuche auf der Ebene einer korporativen Koordination von Leistungsträgern und Anbietern durchgesetzt haben, vollziehen sie sich weitgehend unabhängig vom geltenden Leistungserbringungsrecht.[52] Die ökonomischen Abhängigkeiten der Leistungserbringer von den örtlichen Leistungsträgern, die als Monopolnachfrager auftreten können, sind erheblich, die Konsenszwänge entsprechend hoch. In Hamburg vereinbaren Sozialhilfeträger und Anbieterverbände seit Jahren ähnliche Leistungsentgelte ohne maßgebliche Veränderungen, angesichts von Personalkostensteigerungen eine Strategie, die nicht ohne Rückwirkungen auf die Qualität der Leistungen und damit auf die Berechtigten bleiben kann; die Leistungsberechtigten aber sitzen nicht am Verhandlungstisch.

Das Leistungserbringungsrecht hat die Rechtsstellung der Leistungsanbieter in der „Eingliederungshilfe“ im Vergleich zu anderen Systemen auch noch besonders schwach ausgestaltet, ein Effekt des starken Ländereinflusses auf die Sozialgesetzgebung. Anders als etwa im Recht der Sozialen Pflegeversicherung des SGB XI sind die Schiedsstellen in der Sozialhilfe (§ 80 SGB XII) nicht zuständig für Leistungsverträge: § 77 Abs. 1 Satz 3 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB XII beschränken deren Zuständigkeiten auf Vergütungsverträge, die aber selbst auf Leistungsvereinbarungen aufbauen müssen. Für die Anbieter von Leistungen besteht gegenüber den Leistungsträgern im Vertragsrecht des SGB XII bei den Leistungsvereinbarungen eine einseitige Abhängigkeit, also keine „Waffengleichheit“. Eine transparente Ausgestaltung, Aushandlung und Konfliktregulierung von Vertragsbedingungen wird so entscheidend behindert; die Vertragsparteien werden zu Absprachen jenseits der Regeln des Leistungs-

[49] Ein Beispiel, wo eine radikale Umorientierung gelungen ist, ist die Umgestaltung der „Alsterdorfer Anstalten“ in die „Evangelische Stiftung Alsterdorf“ mit ihren differenzierten Hilfeangeboten auf Hamburger Stadtgebiet. Dass aus einer solchen Einrichtung auch weiterführende fachliche Impulse für ein betroffenen- und gemeindebezogenes Hilfesystem hervorgehen können, davon zeugt der Beitrag von Haas und Treber, in: Schütte (Fn. 1).

[50] BSG-Rspr. zum internen und externen Vergleich, Urteile vom 29. Januar 2009, B 3 P 6/08 KR R; B 3 P 7/08 R; B 3 P 9/08 R; B 3 P 9/07 R; Hinweise auf die Verwaltungsrechtsprechung bei Flint, in: Grube/Wahrendorf, SGB XII-Kommentar, 3. Aufl., § 75 Rdnr. 28 f.

[51] Siehe den Beitrag von Klie: Lehren aus den Modellprojekten zum Persönlichen Budget, in: Schütte (Fn. 1).

[52] Beispiel NRW: Flemming, Beispiel Hamburg: Gitschmann/Tscheulin, beide in: Schütte (Fn. 1).

erbringungsrechts verführt.[53]
So ist es nicht verwunderlich, dass die Leistungserbringung in der „Eingliederungshilfe“ anfällig ist für asymmetrische Ausgestaltungen des Leistungsdreiecks: für örtliche Koalitionen von Leistungserbringern und Leistungsträgern zulasten der Berechtigten, für Druckversuche von Großeinrichtungen auf die Leistungsträger, für lokale Traditionen in der Preisgestaltung und ihre Fortschreibung, für personelle Verflechtungen bei Leistungsanbietern beziehungsweise ihren Verbänden und Leistungsträgern: Insgesamt eine in ihrer Vielfalt disparate und wenig an Maßstäben von Transparenz und Gleichheit ausgerichtete Hilfelandschaft.

5. Fazit zum rechtlichen Status quo: Abschied vom fürsorgerechtlichen Paradigma!

Einen verlässlicher Handlungsrahmen für die Betroffenen und die sozialstaatlich Verantwortlichen stellt die „Eingliederungshilfe“ des SGB XII schon länger nicht mehr dar. Als Teil der Sozialhilfe ist sie konjunkturabhängig und daher im Einzelfall mit hohen Unsicherheiten verbunden: Die Finanzverantwortung der kommunalen und überörtlichen Träger auf der Basis ihrer jeweiligen Steuereinnahmen kann zu einer Hilfegestaltung nach Kassenlage führen und damit zu hoher regionaler und örtlicher Ungleichheit. Diese strukturelle Schwäche lässt sich gegenwärtig normativ nicht kompensieren, weil das SGB XII wie schon das BSHG auf Eingliederungshilfe nur einen Rechtsanspruch dem Grunde nach gewährt, Art und Maß der Leistungserbringung aber in das Gestaltungsermessen der im Augenblick finanziell angeschlagenen kommunalen Leistungsträger überträgt und keinen Mechanismus enthält, den in ihrer Rechtsdurchsetzung sehr eingeschränkten Hilfeempfänger/innen zur Seite zu stehen.[54]
Zudem laden normative Inkonsistenzen gerade ein, die jeweilige Verantwortung zu minimieren. Hinzu kommt, dass sich die – als Monopolnachfrager auftretenden – Leistungsträger der Sozialhilfe und soziale Unternehmen als Leistungsanbieter vielfach rechtlich und damit nach ihren jeweiligen Einflusschancen nicht „auf Augenhöhe“ befinden. Für Reformprozesse sind das ungünstige Ausgangsbedingungen: Selbst wenn die Ziele gemeinsam abgestimmt sind, ist jede Umsteuerung ein Zwangseingriff in die Unternehmenspolitik, mindert vorhandene Erwerbschancen und blockiert die Reformbereitschaft. Andererseits leiden die Sozialhilfeträger an einer Versorgungslandschaft, die mit Traditionen bepflastert ist: Entgeltstrukturen, Bauten, kommunale und regionale Koalitionen machen Umsteuerungsversuche zu einem politisch verminten Gelände.

III. Reformvorschläge der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK)

Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) hat im Jahre 2008 in einem sogenannten „Vorschlagspapier“[55] den Begriff der „personenzentrierten Hilfe“ in die Reformdebatte eingeführt und in den Kontext von

[53] Zum Gesamtkomplex der Konfliktregulierung über Schiedsstellen in den verschiedenen Bereichen des Sozialrechts: Schütte: Streitschlichtung im kooperativen Sozialstaat, in: NDV 6/2005.

[54] § 17 Abs. 2 SGB XII.

[55] Vorschlagspapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ der ASMK, 2008; siehe auch: Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ der ASMK: Eckpunkte für die Reformgesetzgebung Eingliederungshilfe im SGB XII, Anlage zum Beschluss der 86. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2009. Auf dieser Basis haben eine Reihe interner Arbeitsgruppen weitergearbeitet, teilweise mit Beteiligung von Verbänden der Betroffenen und der Behindertenhilfe. Ein Referentenentwurf des Bundessozialministeriums ist seit Längerem angekündigt, liegt aber noch immer nicht vor.

Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Selbsthilfe gestellt. Später und konkreter wird die „personenzentrierte“ einer „einrichtungszentrierten Hilfe“ gegenübergestellt. Weitere gesetzespolitische Umsteuerungsmaßnahmen werden darauf bezogen bzw. als kompatibel und folgerichtig mit dem neuen Hilfekonzept benannt:

- Die Unterteilungen der Leistungen in ambulant, teilstationär und stationär sollen entfallen.
- Teilhabeleistungen sollen auf die „‘reine‘ Fachmaßnahme“ konzentriert werden, also abgelöst von Existenzsicherungs- und Unterkunftsleistungen.
- Bedarfe sollen nach bundeseinheitlichen Kriterien ermittelt werden.
- Die Beteiligung am Arbeitsleben soll verbessert werden, insbesondere durch Schaffung alternativer Beschäftigungsmöglichkeiten zu den stationären Werkstätten.
- Die Steuerungsmöglichkeiten und Wirkungskontrollen der Hilfen durch die Sozialhilfeträger sollen durch ein „einheitliches Teilhabemanagement“ erweitert werden.
- Das Wunsch- und Wahlrecht der Berechtigten soll im Rahmen der „Möglichkeiten der Gesellschaft“ interpretiert werden.

Betrachtet man das Anliegen der ASMK, mehr „Personenzentrierung“ zu erreichen, unter sozialrechtspolitischen Aspekten, dann lassen sich drei Ebenen unterscheiden: die gesellschaftspolitische Ausrichtung einer Reform, die Zuerkennung von staatlichen Hilfen im Verwaltungsverfahren und das Zusammenwirken staatlicher und nichtstaatlicher Organisationen bei der Ausgestaltung der sozialen Infrastruktur.

1. Personenzentrierung und/oder Inklusion

„Personenzentrierung“ ist kein Rechtsbegriff, muss also für eine rechtliche Bewertung in sozialrechtlichen Kategorien in den Kontext sozialgesetzlicher Regelungen versetzt werden. Auf einer ersten Ebene, wo die programmatische Ausrichtung einer künftigen Rechtsstellung von Menschen mit Behinderungen zu erörtern wäre, erscheint die Kennzeichnung einer Hilfe als „personenzentriert“ recht unproblematisch, bei näherem Hinsehen ergibt sich ein etwas differenziertes Bild.

So löblich es sein mag, zuvörderst „den einzelnen Menschen“ im Auge zu haben, so verkürzt wäre es doch, in der Programmatik von sozialen Rechten für Menschen mit Behinderung hier ein ausschließliches letztes Ziel zu sehen. Denn spätestens seit dem Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK)[56], wohl aber schon seit der Verabschiedung des SGB IX im Jahre 2001, hat die Berechtigung von Menschen mit Behinderungen eine über die Lebensverhältnisse von Individuen hinausgehende gesellschaftspolitische Ausgangslage und Wirkungsdimension. Deutlich wird die soziale Dimension des Behindertenrechts in der parallel zur individuellen Teilhabeförderung verfolgten Zielsetzung einer barrierefreien Gesellschaft (Behindertengleichstellungsgesetz – BGG). Natürlich sollen auch „Inklusion“ und „Teilhabe“ nicht in eine selbstzweckhafte Vergesellschaftung des Einzelnen führen, sondern auch sie dienen der Verbesserung der Lebensbedingungen einzelner Menschen. Jedoch wird durch die neue Ortsbestimmung einer Inklusionsorientierung auch dem Sozialrecht und seiner Reform die Frage gestellt, wieweit dieses Recht geeignet ist, die sozialen Verhältnisse und Lebensbedingungen so umzugestalten, dass

[56] Masuch: Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, in: Schütte (Fn. 1).

ein erweitertes soziales Miteinander möglich wird. Unter der Geltung einer Integrations-Vorstellung hat man noch darauf hinweisen müssen, Integration sei keine Einbahnstraße. In einer auf Inklusion ausgerichteten Reformgesetzgebung aber müssen die Person und die Gesellschaft zugleich im Zielhorizont erscheinen. Davon ist bei einer „Personenzentrierung“ einstweilen nicht die Rede. Insofern deckt das Konzept auf der programmatischen Ebene nur Teilaspekte einer moderner „inklusiven“ Rechtsauffassung ab.[57]

2. Verfahrensgrundsätze und „Personenzentrierung“

Auf dieser zweiten Ebene, der Ausgestaltung der Hilfen in rechtlich gesteuerten Verfahren, erscheint die Formel mit dem individualrechtlichen Konzept des deutschen Sozialrechts gut verträglich. Danach wäre leistungsrechtlich die Zuerkennung von Ansprüchen einzelner Personen zu regeln; bei der Gestaltung und Bemessung staatlicher Hilfen wäre den besonderen Lebensumständen dieser einzelnen Personen Rechnung zu tragen und eben diese Personen hätten bei der Bemessung und Gestaltung der staatlichen Hilfen Wesentliches mitzusprechen.

Die Grundsätze der individuellen Berechtigung, der Individualisierung und des Wunsch- und Wahlrechts sind bereits im geltenden Recht der Rehabilitation und Teilhabe, namentlich im SGB I, IX und XII, gut verankert.[58] Sie werden von der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) noch einmal akzentuiert, aber nicht entscheidend modifiziert.[59] Da wäre für den Juristen eher die Frage, warum wir einen neuen Begriff der „Personenzentrierung“ einführen sollen, wenn die genannten Einzelfragen doch bereits jetzt und schon differenzierter im geltenden Recht gelöst erscheinen, dort nämlich, wo von subjektiven Rechten, individuellen Leistungsansprüchen, Einzelfallbezug und Wunsch- und Wahlrechten die Rede ist.

3. Hilfeformen und Infrastruktur: „einrichtungszentriert“ versus „personenzentriert“

Den eigentlichen Motiven der ASMK-Papiere kommt man näher, wenn man die Gegenüberstellung „personenzentriert“ versus „einrichtungszentriert“ betrachtet. Gemeint ist wohl, dass in einer derzeitig als „einrichtungszentriert“ erlebten Hilfegestaltung die staatlich garantierten und finanzierten Hilfen eher nach der pauschalen Logik von Einrichtungen bemessen und angebotsbezogen gewährt werden (müssen). Daran ist sicher richtig, dass alle Formen der stationären Unterbringung in der Praxis zur Schematisierung neigen und Gefahren der Überversorgung in sich bergen. Sie können tendenziell fragwürdig sein, weil sie „entmündigend“ wirken; und noch dazu sind sie recht teuer. Unnötig aufwendig können stationäre Versorgungsarrangements aus der Sicht einer als nachrangig konstruierten Sozialhilfe auch dadurch sein, dass sie Aufgaben übernehmen, die im „normalen“ Leben von anderen Leistungsträgern und gesellschaftlichen Instanzen vermittelt werden; man denke an Existenzsicherung, Wohnhilfen, Pflege- und Gesundheitsleistungen, aber auch an soziale Kontakte in der Gemeinde.

---

[57] Hohmann-Dennhardt: Schutz und Teilhabe. Grundrechte und soziale Hilfen für Menschen mit Behinderungen, in: Schütte (Fn. 1).

[58] Zur Individualisierung des Leistungsanspruchs: § 33 SGB I, § 9 Abs. 1 SGB IX, § 9 SGB XII. Zur Leistungskonkretisierung im Ermessensfall: § 39 SGB I, § 17 Abs. 2 SGB XII. Zu den dabei vom Rehabilitationsträger zu beachtenden übergeordneten Zielen: §§ 1, 4 SGB IX. Zur Partizipation der Betroffenen im Wege des Wunsch- und Wahlrechts: § 9 SGB IX, § 9 SGB XII. Zur Beteiligung von Bevollmächtigten und Beiständen, auch aus dem Kreis der Mitarbeiter/innen von Leistungsanbietern oder der rechtlichen Betreuer: § 13 SGB X.

[59] Siehe BRK Präambel n) und Art. 19.

Die „Personenzentrierung“ offenbart ihre sozialpolitische Stoßrichtung demnach nicht im Abgleich mit den Zielen und Gestaltungsprinzipien eines künftigen Sozialrechts für Menschen mit Behinderungen; hier lehnt sich die Formel an Programmelemente des SGB IX und der Behindertenrechtskonvention der UN (BRK) bruchlos an. Vielmehr macht uns die ASMK in ihren ersten Operationalisierungsversuchen zur „Personenzentrierung“ darauf aufmerksam, dass sich die Effekte eines Hilfesystems bei den Leistungsberechtigten und in den öffentlichen Haushalten der sozialrechtlichen Leistungsträger – in sozialrechtlichen Kategorien gesprochen – erst dann ausmachen lassen, wenn man sich mit den Niederungen des Verwaltungsverfahrens, des Leistungserbringungsrechts und des gegliederten Sozialleistungssystems insgesamt auseinandersetzt.

Damit wird die eigentliche sozialpolitische Stoßrichtung des ASMK-Vorschlags deutlich: Es geht dort in Wahrheit um Aufgabenbegrenzung, De-Institutionalisierung und staatliche Steuerungspotenziale; das alles im Rahmen einer nachrangigen fürsorgerechtlichen Aufgabenstellung und ihren Überforderungssyndromen, denen sich örtliche und überörtliche Sozialleistungsträger ausgesetzt sehen.

Bei der anstehenden Reform der „Eingliederungshilfe“ wird – so mein Eindruck – weniger für oder gegen verschiedene Ziele gestritten. Auf der Zielgeraden scheinen die maßgeblichen Akteure weitgehend einig zu sein, dass ein Sozialrecht für Menschen mit Behinderungen sich künftig an den Zielen des 2001 in Kraft gesetzten SGB IX und der im Jahre 2009 auch in Deutschland in Geltung gesetzten UN-Behindertenrechtskonvention zu orientieren hat: Alle – auch die ASMK-Papiere – reden von Selbstbestimmung und Teilhabeförderung, fast alle auch schon von Inklusion. Entscheidend aber dafür, ob diese Ziele beim Leistungsberechtigten auch möglich erscheinen und erreicht werden können, werden die Sicherung rechtlicher Ansprüche und die Ausgestaltung transparenter Verfahren auf dem Wege zu einer bedarfsgerechten Entscheidung sein.

4. Verwaltungsverfahren

Damit sind rechtliche Fragen des Verwaltungsverfahrens angesprochen. In den Verfahrensregeln finden sich die staatsinternen Vorgaben, wie Zeit, Raum und soziale Beziehungen zwischen Bedarf/Bekanntwerden/Antrag einerseits und Hilfebewilligung durch Bescheid/Verwaltungsakt andererseits strukturiert werden. Die zentrale Herausforderung des Verwaltungsverfahrens im Sozialrecht für Menschen mit Behinderungen besteht darin, die jeweiligen kognitiven Stärken sowie die persönlichen, fachlichen und administrativen Motive und Interessen so einzubinden, dass individuell die Ziele des sozialpolitischen Programmes möglich werden. Eine wichtige Rolle spielt dabei, wieweit die Beteiligten in ihren Besonderheiten und Wünschen ernst genommen und zufrieden gestellt werden. Kommunikativ und administrativ muss hier Vieles zusammengeführt und ausgewertet werden, um zielkonforme, transparente und bedarfsgerechte Entscheidungen herzustellen und zu legitimieren. In einem solchen – zumindest für den Leistungsberechtigten: unfreiwilligen – Kooperationsgefüge kommt es ganz wesentlich darauf an, dass staatliche Entscheider, Betroffene und Fachleute gezwungen sind, einander zuzuhören; und dass im Konfliktfall übersichtliche Maßstäbe der Entscheidung bereitstehen.[60]

Das Konzept einer „personenzentrierten Hilfe“ lässt hier allerdings wichtige Fragen offen. In welchen rechtlichen Rahmenbedin-

[60] Das gilt, wenn das Verwaltungsverfahren nicht zu konsensfähigen Ergebnissen führt, auch für die nachgeschaltete Rechtskontrolle durch die Sozialgerichte. Eindrucksvoll dazu: Flint, in: Schütte (Fn. 1).

gungen die letztlich entscheidenden Sozialhilfeträger sich bewegen müssen, um ein Mehr an Transparenz und Bedarfsnähe herzustellen, wird nicht beschrieben. Das aber wäre nötig, um ein rechtswissenschaftliches Qualitätsurteil treffen zu können. Insbesondere wäre für ein transparentes und im Ergebnis zufriedenstellendes Verfahren zu beschreiben, worüber denn die Leistungsberechtigten mitentscheiden dürfen – und worüber nicht. Bleibt es etwa bei der Nachrangigkeit der Hilfen, beim nicht-individualisierten Mehrkostenvorbehalt, beim personenfernen Auswahl- und Gestaltungsermessen der Leistungsträger? Als was werden die Leistungsanbieter in die Entscheidungen eingebunden? Kommt es auf ihre Informationen, ihre Einschätzungen und Prognosen und ihre Fachlichkeit an? Nach welchen Maßstäben wird im Konfliktfall über die Hilfen entschieden? Gibt es ein einheitliches Diagnose- und Bedarfsbemessungssystem? Wie werden Bedarfsmessung und Hilfeleistung miteinander verkoppelt, qualitativ und quantitativ? Welchen Stellenwert haben fachliche Urteile überhaupt? Wie verhalten sie sich zum Wunsch- und Wahlrecht und zur Steuerungskompetenz der Leistungsträger? Gibt es in den Verfahren Raum für neutrale Gutachten? Gibt es ein Mindestangebot an Hilfen in jedem regionalen Zuständigkeitsbereich? Welche Finanzierungsregeln sichern, dass solche leistungsrechtlichen und verfahrensrechtlichen Prinzipien gestützt werden? Geben die Entscheidungs- und Finanzierungregeln einen dafür entsprechenden Entscheidungsrahmen frei?

5. Zur Bewertung[61]

Der Reformansatz einer „personenzentrierten Hilfe“ aus den Arbeitsgruppen der ASMK ist ein Konzept mit einer gegenüber der heutigen Praxis weiterführenden gedanklichen Stoßrichtung, normativ und sozialpolitisch aber doch von einer recht begrenzten Reichweite. Er nimmt im operativen Teil die anstehenden Reformziele der BRK und die Systemschwächen des geltenden Rechts nur partiell auf und orientiert sich dabei primär an den Bedarfen der steuernden Sozialleistungsträger. In diesem Rahmen versuchen die ASMK und ihre Arbeitsgruppen, für die Leistungsträger und Berechtigten mehr Flexibilität zu generieren, ohne den Berechtigten mehr Autonomie und Sicherheit zu versprechen – und das alles möglichst kostenneutral.[62]

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

[61] Dazu auch die Kontroverse zwischen Harry Fuchs, Felix Welti einerseits und Peter Gitschmann andererseits: Fuchs/Welti: Anmerkungen zum Beschlussvorschlag der Bund-Länder-Kommission, in: Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht, Forum D, Beitrag 3/2010, www.reha-recht.de; Gitschmann: Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe in Hamburg, in: NDV 7/2011, S. 294 ff., hier insbes. S. 297 f.

[62] Die Eckpunkte wurden mit einem 16:0-Entscheid auf der ASMK-Konferenz im Jahre 2010 akzeptiert. Dass bislang dazu kein Gesetzentwurf aus dem zuständigen Ministerium erarbeitet wurde, könnte darauf hinweisen, dass die Materie als politisch wenig dringlich angesehen wird. Der Grund könnte auch darin liegen, dass selbst in den recht bescheidenen Umstrukturierungen noch Risiken für Mehrkosten vermutet werden, denen Bund und Länder gern aus dem Wege gehen würden, solange es politisch möglich erscheint. – Nun scheint sich im Schatten der Verhandlungen zum Fiskalpakt dazu eine andere politische Option zu eröffnen (Fn. 2).