

– Fachbeitrag D4-2018 –

13.02.2018

Bundesteilhabegesetz – Herausforderungen und Chancen aus Sicht eines Leistungsträgers¹

Von Dr. Peter Gitschmann, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, Hamburg²

I. Einleitung

Nach jahrelanger Vorbereitung und besonderem Einsatz der Leistungsträger konnte nun Ende 2016 das Bundesteilhabegesetz (BTHG) verabschiedet werden. Mit der geforderten Personenorientierung, der Leistungs-, Wirkungs- und Sozialraumorientierung verbinden sich Chancen, die es nun im Interesse der leistungsberechtigten Menschen zu nutzen gilt. Besondere Herausforderungen stellen dabei die auf- und auszubauende partizipative Teilhabeplanung, die vorzunehmende Trennung von Fach- und existenzsichernden Leistungen und die neu zu gestaltende Schnittstelle Eingliederungshilfe und Pflege dar.

II. Herausforderungen und Chancen

1. Nachfolgend kann nur die Sicht *eines* Leistungsträgers – des Trägers der Eingliederungshilfe – verlässlich dargelegt werden. Betroffen von der mit dem BTHG unternommenen „Grundrenovierung“ des Sozialgesetzbuch (SGB) IX sind jedoch als Rehabilitationsträger alle Sozialversicherungen, Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge, Jugendhilfe, Eingliederungshilfe und die Integrationsämter³.

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag D4-2018 in der Kategorie D: Konzepte und Politik veröffentlicht; Zitiervorschlag: Gitschmann: Bundesteilhabegesetz – Herausforderungen und Chancen aus Sicht eines Leistungsträgers; Beitrag D3-2018 unter www.reha-recht.de; 08.02.2018. Die Ausführungen basieren weitgehend auf einem gleichnamigen Vortrag, den der Autor am 08.11.2017 auf der KongressMesse der Sozialwirtschaft ConSozial in Nürnberg gehalten hat.

² Peter Gitschmann, Jg. 1954, Dr. rer. soc., Abteilungsleiter Rehabilitation und Teilhabe, Behörde f. Arbeit, Soziales, Familie u. Integration der Freien u. Hansestadt Hamburg, stellvertr. Vorsitzender der BAG überörtliche Sozialhilfe (BAGüS), Fachkoordinator der A-Länder im Gesetzgebungs- und Umsetzungsprozess zum Bundesteilhabegesetz, zahlreiche Veröffentlichungen zur sozialen Gerontologie, Rehabilitation und Teilhabe (Kontakt: Behörde f. Arbeit, Soziales, Familie u. Integration der Freien u. Hansestadt Hamburg, SI 4, Hamburger Str. 47, D-22083 Hamburg).

³ Vgl. § 6 SGB IX

Allerdings schultert die Eingliederungshilfe mit rd. 17 Mrd. €/Jahr allein mehr als 50 % aller Rehabilitationsausgaben⁴, und stellt für mehr als 700.000 leistungsberechtigte Menschen eine z. T. lebenslange Begleitung sicher. Daher kann die Eingliederungshilfe durchaus zu Recht als „Kernsystem“ der Rehabilitation und Teilhabe bezeichnet werden, und der Sicht des Trägers der Eingliederungshilfe kommt durchaus wesentliche Bedeutung zu. Auch der Gesetzgeber hat die zentrale Rolle der Eingliederungshilfe unterstrichen, indem er das zugehörige Leistungs- und Leistungserbringungsrecht in das SGB IX n. F. integriert hat (Teil 2 ab 2018/2020), während alle anderen Rehabilitationsträger (und auch die Pflegekassen) ihr einschlägiges Leistungsrecht weiterhin in „ihren“ jeweiligen SGB vorfinden, vom Träger der Eingliederungshilfe allerdings in seine Teilhabe- bzw. Gesamtpläne eingebunden werden können⁵.

2. Das „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)“ vom 23. Dezember 2016⁶ verfolgt eine Weiterentwicklung des gesamten Teilhaberechtes (des SGB IX) mit einer grundlegenden Reform der Eingliederungshilfe als Kern. Mit einer partizipativeren Ausrichtung, einer strikteren Personen-, Leistungs- und Wirkungsorientierung werden auch Impulse der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) aufgegriffen⁷. Regelungen zur Stärkung der Systemsteuerung in der Eingliederungshilfe sollen einen Beitrag zur Dämpfung der anhaltenden Fallzahl- und Kostendynamik in diesem zentralen Teilhabebereich leisten. Die künftige Steuerung passgenauer Hilfen ist auch in diesem Kontext zu sehen.
3. Bemerkenswerte Gestaltungsmöglichkeiten im Bereich der medizinischen Rehabilitation, bei der wichtigen Leistung Früherkennung und Frühförderung (Komplexleistung in gemeinsamer Verantwortung von Krankenkassen und Eingliederungshilfe) erhalten die Länder, indem sie künftig neben den bisher gesetzlich zur Leistungserbringung mandatierten Sozialpädiatrischen Zentren und Interdisziplinären Frühförderstellen auch andere geeignete Einrichtungen mit vergleichbarem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum landesrechtlich zulassen können⁸.
4. Im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben wird das für alle Rehabilitationsträger in dieser Leistungsgruppe relevante Leistungsrecht um die „anderen Anbieter“ als Alternative zu den Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (WfbM) sowie um das „Budget für Arbeit“ als neue Option zur nachhaltigen Platzierung zurück auf

⁴ Vgl. BAR-Reha-Info 1/2017

⁵ Vgl. §§ 19–22, 117–122 SGB IX n. F. (die Bezeichnung n. F. bezieht sich auf die Rechtslage ab 01.01.2018)

⁶ BGBl. I S. 3234

⁷ Vgl. P. Gitschmann, Das Bundesteilhabegesetz kommt – endlich!; in: ZFSH SGB 12/2016, 653–659

⁸ Vgl. § 46 Abs. 2 Satz 1 SGB IX n. F.

dem allgemeinen Arbeitsmarkt ergänzt⁹. Dies kann für das in mehreren Bundesländern bereits erfolgreich erprobte und implementierte Budget für Arbeit¹⁰ als zielgerecht und insoweit gelungen bewertet werden; bei den anderen Anbietern hingegen ist die Regelungstiefe derart, dass echte, flexiblere, personen- und wirkungsorientierte Alternativen zu den hoch-institutionalisierten Werkstätten eher verhindert werden.

5. Im Bereich der „sozialen Teilhabe“ – dem Kernbereich der Eingliederungshilfe – bleibt der offene Leistungskatalog erhalten, wird aber präzisiert insbesondere zu „Assistenzleistungen“ und zu familienbezogenen Hilfen. Als neue Leistungsform werden Geldpauschalen sowie „gepoolte“, d. h. gemeinschaftlich in Anspruch genommene Leistungen normiert¹¹. Hier ist bisher besonders strittig, inwieweit diese Neuordnung passgenauere Hilfen unterstützt, ohne zu unnötigen, kostenträchtigen Fallzahl- und Ausgabenausweitungen zu führen oder das Wunsch- und Wahlrecht der leistungsberechtigten Menschen unangemessen einzuschränken. Der zielgerechten Umsetzung auf der Strukturebene (Angebotsstrukturentwicklung über Landesrahmenverträge sowie Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen) und der „Fallebene“ (personenorientierte Leistungszugangs- und Bedarfsfeststellung, Leistungsgewährung und -steuerung) kommt insoweit besondere Bedeutung zu. Hier muss es im Dialog Interessenvertretungen der Leistungsberechtigten – Leistungsträger – Leistungserbringer nicht nur gelingen, bedarfsgerechte Angebotsstrukturen fortzuentwickeln, sondern es muss auch im individuellen Teilhabeplanverfahren¹² der Beweis angetreten werden, dass personen- und wirkungsorientierte Aushandlungen auf Augenhöhe stattfinden, deren konsensuale Ergebnisse das konkrete Leistungsgeschehen dann messbar prägen, und ein Mehr an Teilhabe generieren.
6. Die Steuerung auf der Fallebene der Eingliederungshilfe findet künftig in einer partizipativen, trägerübergreifenden „Teilhabeplanung“ (Leistungsansprüche bei mehreren Rehabilitationsträgern) bzw. „Gesamtplanung“ (Leistungsansprüche in der Eingliederungshilfe)¹³ statt, die als komplexer Kommunikationsprozess auszugestalten ist und – sofern der Träger der Eingliederungshilfe verfahrensführend ist – in einer „Teilhabezielvereinbarung“¹⁴ münden kann.

⁹ Vgl. §§ 60, 61 SGB IX n. F.; zum Budget für Arbeit s. in Kürze auch Schaumberg: Das Budget für Arbeit – Erste Überlegungen zur Anwendung in der Praxis, Beitrag A3-2018 unter www.reha-recht.de; Theben: Das Budget für Arbeit oder (Irr)Wege aus der Werkstatt, Beitrag A4-2018 unter www.reha-recht.de; Nebe/Schimank: Das Budget für Arbeit im Bundesteilhabegesetz, Teil 1: Darstellung der Entwicklung und kritische Betrachtung bis zur Befassung im Bundesrat, Beitrag D47-2016 unter www.reha-recht.de

¹⁰ Z. B. Hamburg: <http://www.hamburg.de/basfi/budget-fuer-arbeit/>; zuletzt abgerufen am 19.01.2018.

¹¹ Vgl. §§ 113–116 BTHG

¹² S. dazu auch Fuchs: Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs – Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes, Beitrag D50-2017 unter www.reha-recht.de

¹³ Vgl. §§ 19 – 22, 117 – 122 SGB IX n. F.

¹⁴ Vgl. § 122 SGB IX n. F.

Insbesondere hierfür wird ein erheblicher Ressourceneinsatz seitens des Leistungsträgers als „Startinvestition“ erforderlich sein (Fachpersonal, Qualifizierung, EDV-gestützter Steuerungskreis). Erfahrungen mit bereits ausgebautem Eingliederungshilfe-Fallmanagement¹⁵ zeigen jedoch, dass sich dieserart qualifizierte Steuerung lohnt; nicht nur die individuell passgenaue, wirksame, autonomiefördernde Leistung winkt als Ertrag, sondern die Abkehr von der pauschalen Institutionenfinanzierung und die konsequente Erschließung aller vor- oder gleichrangigen Sozialversicherungsleistungen kann auch eine deutliche Kostendämpfung zur Folge haben.

7. Auch die Steuerung auf der Strukturebene wird deutlich dialogischer ausgerichtet; die Betroffenen sieht auf Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit zu vereinbarenden Maßnahmen, aber auch auf die Eignung eines Leistungserbringers tritt als gleichwertige Perspektive zum bisherigen Dialog Leistungsträger (i. d. R. immer noch verkürzt verstanden als „Kostenträger“) – Leistungserbringer („Einrichtung“) hinzu, und kann erhebliche Veränderungen von Landesrahmenverträgen, Vereinbarungen und dem konkreten Umgang miteinander – ggf. auch in Schiedsverfahren – bewirken.
8. Eine der anspruchsvollsten vom BTHG gestellten Aufgaben bezieht sich auf die gebotene Trennung von Fachleistungen und existenzsichernden Leistungen, also auf die Auflösung bisheriger „teilstationärer“ oder „stationärer“ Eingliederungshilfe mit der Sonderwelt des „Lebensunterhalts in Einrichtungen“¹⁶ hin zu den künftigen Regelsystemen der Eingliederungshilfe-Fachleistungen¹⁷ neu und der Hilfe zum Lebensunterhalt/Grundsicherung¹⁸. Dabei ist es für die existenzsichernden Leistungen durchaus herausfordernd, auch hier zu individuell passgenauen, bedarfsdeckenden, teilhabeorientierten Lösungen zu kommen. Und genauso anspruchsvoll wird es im Vertragsrecht der Eingliederungshilfe, die bisherige Einrichtungsfinanzierung konsequent auf Fachleistungsfinanzierung umzustellen, und gleichzeitig die Existenzsicherungsbelange der Leistungsberechtigten teilhabeorientiert abzusichern.
9. Eine „Nagelprobe“ für passgenaue Hilfen stellt das durchaus häufige, künftig noch zunehmende Zusammentreffen von Eingliederungshilfeleistungen und Pflegeversicherungsleistungen dar. Hier prallen weiterhin zwei immer inkompatibler werdende Welten aufeinander. Die final und partizipativ ausgerichtete, ergebnisverantwortliche, steuerfinanzierte Eingliederungshilfe trifft auf die kausal orientierte, „Teilkasko“-Leistungen vorhaltende, beitragsfinanzierte Pflegeversicherung. Es besteht

¹⁵ Beispiel Hamburg: <http://www.hamburg.de/veroeffentlichungen-behinderung/4368848/einzel-fallsteuerung-eingliederungshilfe/>, zuletzt abgerufen am 19.01.2017

¹⁶ Vgl. § 27b SGB XII

¹⁷ Vgl. SGB IX n. F., Teil 2

¹⁸ Vgl. SGB XII, 3. + 4. Kapitel; s. dazu auch Rosenow: Kosten der Unterkunft in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe – Zu § 42a Abs. 6 Satz 2 SGB XII in der Fassung des BTHG, Beitrag D52-2107 unter www.reha-recht.de

allerdings Hoffnung, dass diese Schnittstelle den BTHG-Zielstellungen entsprechend („Leistungen wie aus einer Hand“) ein wenig weiterentwickelt werden kann¹⁹. Scheitert dies, droht es, bei dem unvermittelten Nebeneinander zweier Systemlogiken zu bleiben, was weder den Leistungsberechtigten dient, noch den integrativen Leistungserbringern.

10. Wenn „passgenaue“ Hilfen im BTHG-Sinne als individuell gewünschte, wirksame und mit bestmöglicher Autonomie und Selbstbestimmung einhergehende Leistungen verstanden werden, kommt der Nutzung von (trägerübergreifenden) persönlichen Budgets weiterhin, und der Nutzung der neu ermöglichten Geldpauschalleistungen ergänzend eine hohe Bedeutung zu. Es wird im Zuge der allgemeinen Systemevaluation²⁰ intensiv zu beobachten sein, ob die einfacher handhabbaren Geldpauschalleistungen²¹ einen entsprechenden Nachfrageschub auslösen, und in den zulässigen Bereichen (Alltagsassistenz, Verständigung, Mobilität) zur vollen Alternative zu fremdgesteuerten Sachleistungen werden.²²
11. Auch die zahlreichen untergesetzlichen Gestaltungsmöglichkeiten für die Länder und für die Leistungsträger sowie die ausdrücklichen Experimentierklauseln im BTHG-Vertragsrecht zu Vergütung und Abrechnung und zu Leistungs- und Finanzierungsstrukturen²³ können der Entwicklung passgenauer Hilfen zumindest mittelbar außerordentlich förderlich sein. Dazu müssen sie natürlich auch entsprechend genutzt und im Einvernehmen mit den Interessenvertretungen der Menschen mit Behinderungen ausgefüllt werden.
12. Ein Garant für das Gelingen passgenauerer, autonomie-fördernder Leistungsgestaltung könnte die ab 2018 vom Bund finanzierte ergänzende unabhängige Teilhabeberatung²⁴ sein. Hier muss es gelingen, wirkliches Peer Counseling im System einzusteuern, um Betroffenen Sicht und Augenhöhe im zentralen Teilhabeplan- /Gesamtplanverfahren nachhaltig abzusichern.

¹⁹ Ob es gelingt, den hierzu weiterentwickelten § 13 SGB XI n. F. in Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfe zielführend und praxistauglich zu konkretisieren, bleibt abzuwarten.

²⁰ Vgl. Art. 25 BTHG

²¹ Vgl. § 116 SGB IX n. F.

²² Hamburger Erfahrungen, wo es solche Geldpauschalleistungen seit 2003 in der Eingliederungshilfe gibt, stimmen optimistisch. Aktuell nutzen ca. 4.000 der ca. 18.000 EGH-Leistungsberechtigten solche Pauschalen zur Mobilität, Familienentlastung und Tagesstrukturierung.

²³ Vgl. §§ 125 Abs. 3 S. 4, 132 SGB IX n. F.

²⁴ Vgl. § 32 SGB IX n. F.; ausführlich zum Peer Counseling s. Jordan/Wansing: Peer Counseling: Eine unabhängige Beratungsform von und für Menschen mit Beeinträchtigungen – Teil 1: Konzept und Umsetzung, Beitrag D32-2016 unter www.reha-recht.de; Wansing: Peer Counseling – Eine unabhängige Beratungsform von und für Menschen mit Beeinträchtigungen – Teil 2: Wirkfaktoren und Gelingensbedingungen, Beitrag D59-2016 unter www.reha-recht.de

III. Fazit

Zusammenfassend lässt sich die Frage nach den Herausforderungen und Chancen dahingehend beantworten, dass das BTHG zweifellos zahlreiche Chancen²⁵ bietet, passgenauere, personen- und wirkungsorientierte Leistungen zu generieren. Allerdings kann dies nur im konstruktiven Zusammenwirken aller Systemakteure gelingen, wobei der Leistungsträger und die Leistungserbringer mit den Interessenvertretungen der Menschen mit Behinderungen einen gestärkten Partner erhalten, auf dessen Konsens sie angewiesen sein werden.

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.

²⁵ Im vorlaufenden Text wurden nur die aus Sicht des Autors wesentlichsten benannt.