

Das Bundesteilhabegesetz kommt – endlich !

Seit mittlerweile mehr als einem Jahrzehnt – bereits beginnend mit der Implementierung des SGB IX 2001 ff. – wird eine Weiterentwicklung desselben und insbesondere eine Reform der Eingliederungshilfe diskutiert und gefordert². Aus Sicht der Länder und Kommunen (Sozialhilfeträger) in Deutschland besteht hierfür eine dringende Notwendigkeit, um den Sozialstaat zukunftsfest zu machen und auch das Lebensrisiko einer Behinderung außerhalb der Sozialhilfe in angemessener Form abzusichern. Nur durch passgenauere Leistungen, eine effektivere Leistungserbringung und hinreichende Leistungen vorrangiger Sicherungssysteme kann die Eingliederungshilfe den Anforderungen an eine wirklich gleichberechtigte Teilhabe, gerecht werden, die mit der UN-Behindertenkonvention normative Kraft in Deutschland erlangt haben.

Gesetzgeberisch geschehen ist allerdings zunächst wenig. Immerhin wurde seit 2007 mit den jeweils einstimmigen Beschlüssen der Arbeits- und Sozialministerkonferenz ein Arbeitsprozess in der Bund-Länder-AG „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe“ begleitet, der im Herbst 2012 in der Vorlage eines „Grundlagenpapiers“ mündete, in dem die notwendigen gesetzlichen Reformschritte aus Sicht der Bund-Länder-AG erläutert werden und die dafür benötigten Gesetzesänderungen (in den Sozialgesetzbüchern IX – Rehabilitation und Teilhabe sowie XII – Sozialhilfe) bereits detailliert enthalten sind. Dieser Reformvorschlag wurde mit den Behindertenverbänden rückgekoppelt und im Jahr 2013 noch weiterentwickelt.

Als neuer Aspekt hinzugetreten war zwischenzeitlich die Übereinkunft zwischen Bund und Ländern im Rahmen des Fiskalpakts, in der aktuellen (18.) Legislaturperiode des Deutschen Bundestages das Recht der Eingliederungshilfe in ein Bundesleistungsgesetz zu überführen und dabei eine nennenswerte Kostenbeteiligung des Bundes zu regeln. Ein entsprechender, vom Land Bayern vorbereiteter Entschließungsantrag wurde im März 2013 im Deutschen Bundesrat einstimmig (16 : 0) beschlossen³. Damit war nun auch die Frage des Wie der Bundes-Kostenbeteiligung im Rahmen der Gesamtreform zu regeln; diese Thematik stellte den Schwerpunkt der Weiterarbeit der Länder 2013 dar.

Schließlich wurde die Reformnotwendigkeit Ende 2013 auch im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung verankert; seither schien klar, dass ein Finanzrahmen des Bundes von insgesamt 5 Mrd. € zur Verfügung steht, und dass ein als einkommens- und vermögensunabhängiger Nachteilsausgleich ausgestaltetes Bundesteilhabegeld zu prüfen sei⁴.

¹ 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 BTHG-Prozess

² vgl. auch Gitschmann, Reform der Eingliederungshilfe jetzt!, NDV 2013, 152 - 158

³ Bundesrats-Drucksache 282/12 (Beschluss) vom 22.03.2013

⁴ vgl. Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode, S. 10, 88, 95, 111

Nun galt es, diese Impulse in gemeinsamer Anstrengung von Bund und Ländern rasch zusammenzuführen und zu einem gesetzgeberischen Ergebnis zu bringen.

1 Anlass und Ziele der Eingliederungshilfereform

Zu unterstreichen ist, dass es – aus gutem Grund – weiterhin im Kern um eine Reform der Eingliederungshilfe (6. Kapitel SGB XII) geht, und nicht um eine allgemeine und umfassende Teilhabereform, die dann nicht nur das SGB IX als Rahmengesetzgebung, sondern auch alle Leistungs- und Leistungserbringungsrechte der 7 Rehabilitationsträger, der Integrationsämter und des Versorgungs- und Opferentschädigungsrechtes zum Gegenstand hätte. Mit der Konzentration auf die Eingliederungshilfe und die einschlägigen Rahmenregelungen des SGB IX wird allerdings der für Menschen mit Behinderungen existentiellste und finanziell bedeutsamste Kernbereich der Teilhabe erfasst. Die Eingliederungshilfe erbringt derzeit für gut 700.000 Leistungsberechtigte Teilhabeleistungen; dafür werden gut 16 Mrd. € (das sind gut 50 % der kompletten Ausgaben für Rehabilitation aller Rehabilitationsträger in Deutschland⁵) jährlich aufgewendet. Und das System der Eingliederungshilfe wird – im Unterschied zu allen anderen Rehabilitationsträgersystemen – zur dauerhaften, häufig lebenslangen Unterstützung und Begleitung der Leistungsberechtigten benötigt, so dass eine besondere Leistungsträgerverantwortung offenkundig ist.

Der Reformbedarf der Eingliederungshilfe begründet sich einerseits in fachlichen Mängeln wie noch nicht hinreichend inklusiver, die Impulse der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (VN-BRK) aufgreifender und umsetzender Ausrichtung der Leistungsgestaltung, außerdem in mangelnden Steuerungsmöglichkeiten für die umfassend verantwortlichen Leistungsträger, schließlich in einer starken Fallzahl- und Ausgabendynamik, die die Leistungsträger – die für Eingliederungshilfeleistungen zuständigen örtlichen (Städte und Landkreise) und überörtlichen Sozialhilfeträger (Länder oder höhere Kommunalverbände) zu überfordern droht.

Die Eingliederungshilfe ist zwar gegenüber den Sozialversicherungen (mit Ausnahme ausgerechnet der besonders wichtigen Pflegeversicherung, gegenüber der Gleichrang bzw. Unberührtheit gilt⁶) nachrangig und im überwiegenden Leistungsbereich der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft noch bedürftigkeitsabhängig ausgestaltet, deckt aber mit starkem finalem Auftrag auf dieser strukturell schwachen Grundlage ein allgemeines Lebensrisiko ab, welches bei von Geburt an geistig behinderten Menschen zur lebenslangen Angewiesenheit auf EGH-Leistungen führen kann. Dabei ist die Eingliederungshilfe bisher stark Institutionen-orientiert (Leistungserbringer, Einrichtungen), nur unzureichend hingegen personen- und leistungs- sowie wirkungsorientiert. Am deutlichsten wird dies anhand der niedrigen „Ambulantisierungsquote“: noch immer werden die meisten Leistungsberechtigten in der Eingliederungshilfe in Einrichtungen untergebracht.

⁵ vgl. Reha-Info der BAR 1 / 2016 - <http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/reha-info-012016/ausgabe>

⁶ vgl. § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI: „Die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch bleiben unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig“.

rungshilfe stationär versorgt, obwohl das weder ihrem Willen, noch den fachlichen Notwendigkeiten und den gesetzlichen Vorgaben⁷ entspricht. Erfolgreiche Ambulantisierungsprogramme haben längst belegt, dass viele stationären Unterbringungen nicht nur überflüssig, sondern im Sinne erreichbarer Rehabilitationsfortschritte auch weniger erfolgreich bis vollkommen statisch sind. Dass dies auch im Lichte des Artikels 19 der VN-BRK⁸ hochproblematisch ist, sei der Vollständigkeit halber erwähnt.

Während die kausal aufgestellten vorrangigen Systeme aus formalen Gründen Leistungen verweigern oder nur teilweise erbringen können, hat der Eingliederungshilfe-träger den individuell nach Einsatz der eigenen Ressourcen verbliebenen Bedarf der Leistungsberechtigten umfassend und abschließend zu decken. An den Schnittstellen der Eingliederungshilfe zur Pflege (SGB XI), zur Krankenversorgung (SGB V) und zur Jugendhilfe (SGB VIII) wirken sich diese unterschiedlichen Systemlogiken besonders gravierend, und im Zweifel immer zu Lasten (und auf Kosten) der Eingliederungshilfe aus.

Auf vorstehendem Problemhintergrund kann die Zielstellung der Eingliederungshilfe-reform in einem ersten Schritt dahingehend präzisiert werden, dass die Leistungsberechtigten und ihr Bedarf stärker ins Zentrum der Leistungsgestaltung rücken sollen, und dass die Leistungsträger zur wirksamen Steuerung ihres Systems im Rahmen inklusiver Leitplanken ertüchtigt werden müssen. Wenn die Angebote der Eingliederungshilfe personen-, sozialraum-, leistungs- und wirkungsorientiert zu Teilhabe-Fachleistungen umgestaltet werden, und die Leistungsträger künftig ihrer Angebotsstruktur- und Einzelfall-Steuerungsverantwortung qualitätsgesichert, trägerübergreifend und partizipativ nachkommen, so ist offenkundig ein großer Schritt zu mehr Inklusion im Sinne der VN-BRK getan.

Der drängende, eigentlich allseits anerkannte Reformbedarf gründet sich zentral zum einen auf den kontinuierlich-dynamischen Fallzahl- und Kostensteigerungen, zum anderen auf der fachlich fortschreitenden Diskussion zu Teilhabe und Inklusion.

1.1 Entwicklungen der Fallzahlen und Kosten in der Eingliederungshilfe

Die Fallzahlentwicklung in der Eingliederungshilfe hat eine bemerkenswerte Dynamik erreicht: waren 1963 – nach dem Inkrafttreten von Sozial- und Eingliederungshilfe (BSHG) – gerade einmal 53.000 Leistungsempfänger registriert, stieg diese Zahl bis 1990 auf bereits 290.000. Die gesamtdeutsche Leistungsempfängerzahl 1991 von 324.000 stieg bis 2011 bereits auf nunmehr 788.000 an⁹.

Ähnlich besorgniserregend ist die Ausgabenentwicklung für Eingliederungshilfeleistungen: diese stiegen von 1991 (4,1 Mrd. €) bis 2012 auf nunmehr 15,1 Mrd. €

⁷ „ambulant vor stationär“: § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII

⁸ Danach haben die Vertragsstaaten zu gewährleisten, dass „Menschen mit Behinderungen (...) nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben“.

⁹ Statistisches Bundesamt (destatis) 2013; Leistungsempfänger/innen im Jahresverlauf, beständig im laufenden Leistungsbezug am Jahresende befanden sich ca. 137.000 Menschen weniger.

/Jahr¹⁰ an; dies sind bereits knapp 60 % der Sozialhilfe-Gesamtausgaben. 2015 werden bereits weit über 16 Mrd. € erreicht. Die Bruttoausgaben haben sich seit der Wiedervereinigung mehr als verdreifacht und sind damit weitaus stärker gestiegen als die Zahl der Leistungsempfänger. Die Gründe hierfür liegen u.a. in immer teureren Maßnahmen und in dem Rückzug vorrangiger Leistungssysteme wie insbesondere der Kranken- oder Pflegeversicherung, für die der Ausfallbürge Sozialhilfe einspringen muss. Sowohl die eher naturwüchsigen kommunalen und überregionalen Angebotsstrukturentwicklungen wie auch die uneinheitliche Leistungssteuerung auf Seiten der Leistungsträger tragen mit zur problematischen Kostenentwicklung bei, und sind optimierungsbedürftig.

1.2 Inhaltliche Entwicklungsnotwendigkeiten

Zahlreiche Impulse haben die Reformnotwendigkeiten und deren zunehmende Dringlichkeit unterstrichen: Schon mit dem Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe in 2001 wurde erkennbar, dass das überkommene, kausal gegliederte Sozialleistungssystem den neuen gesetzgeberischen Ansprüchen nach trägerübergreifend koordinierten, reibungslosen, unverzüglichen und finalen Teilhabeleistungen zur medizinischen Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ohne weitere Strukturreformen kaum würde genügen können. Das Inkrafttreten der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen als Bundesgesetz in 2009 ergänzte die im SGB IX bereits formulierten, aber bislang nur unzulänglich eingelösten Ansprüche um den systemübergreifenden, gesellschaftspolitischen Inklusions- und Sozialraumgedanken, der in den überwiegenden Bereichen noch der Umsetzung bedarf. An der nun unabdingbaren Reformnotwendigkeit des deutschen Rehabilitations- und Teilhabe-Leistungssystems kann seither kein Zweifel mehr bestehen.

Gemäß § 6 SGB IX sind nicht weniger als 8 Rehabilitationsträger, darunter 4 Sozialversicherungen¹¹, 3 Fürsorgesysteme¹² und 1 Versorgungssystem¹³ (daneben faktisch als 9. Träger die im SGB IX so nicht aufgeführten Integrationsämter) für die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zuständig. Das hinsichtlich der Anzahl der Leistungsberechtigten, des Ausgabenvolumens und der z. T. lebenslangen Bedeutung für die Menschen mit Behinderungen zentrale und besonders dynamische Kernsystem ist jedoch das der Eingliederungshilfe nach dem 6. Kapitel SGB XII. Gemäß letzter Rehabilitationsstatistik der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) wendete der Eingliederungshilfeträger in 2014 mit 16,3 Mrd. € allein ca. 50 % aller Rehabilitationsausgaben (32,6 Mrd. €) auf¹⁴.

¹⁰ ebd., Bruttoausgaben

¹¹ Gesetzliche Kranken-, Arbeitslosen-, Unfall- und Rentenversicherung

¹² Kriegsopferfürsorge, Sozialhilfe, Jugendhilfe

¹³ Kriegsopferversorgung

¹⁴ vgl. BAR Reha-Info 1 / 2016 (Fn. 5)

Es handelt sich bei der Eingliederungshilfe trotz der mit dem SGB IX seit 2001 z. T. beseitigten Bedürftigkeitsnotwendigkeit weiterhin um ein nachrangiges Fürsorge-Leistungssystem, das eigentlich nie für die Bewältigung eines hunderttausende von Bundesbürgern betreffenden allgemeinen Lebensrisikos mit zumeist lebenslangen Folgen gedacht und konstruiert war. Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie der Teilhabe am Arbeitsleben werden seit 2001 im Rahmen der Eingliederungshilfe bedürftigkeitsunabhängig erbracht; für den großen Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gilt jedoch weiterhin das Fürsorgeprinzip der nachzuweisenden Bedürftigkeit.

Die Hauptlast der Fallzahl- und Ausgabenentwicklung trägt die staatliche (Länder) bzw. kommunale Ebene der Sozialhilfeträger: hier müssen die benötigten Strukturen entwickelt und gesteuert und die benötigten Leistungen finanziert werden. In 6 Flächenländern (BY, BW, HE, NW, SN, TH) sowie den 3 Stadtstaaten liegt die Finanzierung der Eingliederungshilfe zu 100 % auf kommunaler Ebene, in 5 Flächenländern trägt das Land unterschiedliche Anteile (BB: 85 %, NI: 76 %, MV: 88 %, RP: 50 %, SH: 87 %), in 2 Ländern (SL, ST) liegen 100 % der Eingliederungshilfe-Ausgaben beim Land¹⁵.

Die Steuerungsmöglichkeiten stoßen ganz offenkundig an sowohl im geltenden Recht wie in den gewachsenen korporativen Strukturen wurzelnde Grenzen. Die Preisstrukturen für Eingliederungshilfeleistungen stammen überwiegend noch aus der Zeit vor 1995, in der den Eingliederungshilfeträgern die retrospektive Kostendeckung der Leistungserbringer oblag, ohne dass es wirksame Wirtschaftlichkeitsanreize und einheitliche, vergleichbare Leistungsprofile gegeben hätte.

Auch bei der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention wird deutlich, dass hinsichtlich Partizipation, Wirkungsorientierung und sozialräumlicher Inklusion erheblicher Handlungsbedarf besteht, der ohne weitergehende Strukturreformen mit entsprechender rechtlicher Unterfütterung nur schwer umsetzbar sein wird. So erfordert allein die Umsetzung der Inklusion im Bildungsbereich eine grundsätzliche Umgestaltung des rechtlichen Rahmens, um entweder die traditionell zuständigen Träger der Sozial- und Jugendhilfe mit den hinreichenden Mitteln für die inklusive Schule auszustatten oder – was eher dem Regelsystem-Inklusionsverständnis der UN-Behindertenrechtskonvention entspräche, und insbesondere in den Stadtstaaten auch praktiziert wird – den jeweiligen Bildungsträger in die Verantwortung zu nehmen. Schließlich geht es hier um die im jeweiligen System zu treffenden (und nicht individuell zu importierenden) „angemessenen Vorkehrungen“¹⁶ zur Beseitigung vorhandener Barrieren und zur Gewährleistung der Teilhabe. Dies bedeutet: in Kindertageseinrichtungen haben diese für die Kinder mit Behinderungen, in Schulen haben diese für die Schülerinnen und Schüler mit Behinderungen, in Hochschulen diese für Studierende mit Behinderungen systemisch sicherzustellen, dass keine Teilhabebarrrieren mehr bestehen. Das personenbezogene, individuelle „Mitbringen“ von Integra-

¹⁵ Statistik LWL-Behindertenhilfe Westfalen, 02/2014

¹⁶ vgl. Art. 24 VN-BRK

tionshilfen, Schulbegleitungen oder Studienhilfen stellt demgegenüber zweifellos die weniger inklusive und zudem teurere Variante dar.

Schließlich ist die Lage der öffentlichen Haushalte sowie deren Perspektive in Befolgung von grundgesetzlicher Schuldenbremse einerseits, EU-Fiskalpakt andererseits in den Blick zu nehmen. Dabei geht es vor allem um eine Begrenzung des überproportionalen Ausgabenanstiegs, nicht um Leistungskürzungen oder Einsparungen. Eine sparsame Verwendung öffentlicher Mittel muss allerdings auch im Bereich der Eingliederungshilfe erfolgen.

Angesichts dieser Anforderungen kann die weiterhin dynamische Eingliederungshilfe nicht der zunehmend finanziell überforderten kommunalen Ebene allein überlassen bleiben; die seit langem geforderte Bundesbeteiligung an den Kosten der Eingliederungshilfe muss gemäß dem im Rahmen des Fiskalpakts erzielten Einvernehmen zwischen Bund und Ländern auf Basis des Bundesteilhabegesetzes nun endlich erfolgen.

2 Ergebnisse des langjährigen Gesetzesvorbereitungsprozesses

Die Leistungsträgerverbände¹⁷ weisen schon seit weit über 10 Jahren auf die Systemprobleme und die immer bedrohlichere Ausmaße annehmende Fallzahl- und Ausgabenentwicklung in der Eingliederungshilfe hin. Aber erst 2007/2008 nahm die politische Wahrnehmung des Problems und die Skizzierung der benötigten Problemlösungen Fahrt auf. Seit 2008 treibt die Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder (ASMK) mit einstimmigen Beschlüssen den Prozess voran, und fordert den Bundesgesetzgeber zum Handeln auf. Seit dem „Fiskalpakt“ 2012 ist zwischen Bund und Ländern grundsätzlich unstrittig, dass die EGH-Leistungsträger auch finanziell durch stärkeres Engagement des Bundes entlastet werden müssen.

Ein intensiver fachlicher Bund-Länder-Arbeitsprozess führte im Herbst 2012 zum sogenannten „Grundlagenpapier“ zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe, welches die Reformziele und die diese einlösenden Reforminhalte erstmals präziser und ausführlich beschrieb. Aber erst die neue Bundesregierung seit Ende 2013 griff dies aktiv auf und bereitete seither – einen ausdrücklichen Auftrag des Koalitionsvertrages einlösend – den eigentlichen Gesetzgebungsprozess in Expertenrunden, Workshops und einem 2014/2015 über 9 Monate organisierten intensiven und umfassenden Beteiligungsprozess vor.

Ende 2015 kursierte ein erster, nicht autorisierter und unvollständiger Arbeitsentwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz - BTHG); im April wurde der komplette Referentenentwurf eines Bundesteilhabegesetzes zur Diskussion gestellt; Ende Juni 2016

¹⁷ Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfe (BAGüS), Deutscher Landkreistag (DLT), Deutscher Städtetag (DStT) u. a. m.

erfolgte der Kabinettsbeschluss zum Gesetzentwurf, und das förmliche Gesetzgebungsverfahren in Bundestag und Bundesrat wurde eingeleitet.

3 Wesentliche Inhalte des Bundesteilhabegesetzes¹⁸

3.1 Grundrenovierung des SGB IX

Im Zuge des Bundesteilhabegesetzes – „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“ – erhält das Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe eine neue Struktur, indem das gesamte Eingliederungshilferecht als neuer Teil 2 eingefügt wird. Der bisherige Teil 2 - Schwerbehindertenrecht wird zu Teil 3. Der alle Rehabilitationsträger bindende allgemeine Teil 1 des SGB IX wird hinsichtlich des Behinderungs- und Teilhabebegriffs, der Kooperation der Rehabilitationsträger, einer partizipativen, von unabhängiger Beratung unterstützten Teilhabeplanung umfassend weiterentwickelt. Die Leistungslogiken der medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben und der sozialen Teilhabe werden ebenfalls modernisiert, und durch neue Leistungselemente (Budget für Arbeit) und eine neue Leistungsgruppe (Teilhabe an Bildung) ergänzt.

3.2 Recht der Eingliederungshilfe als neuer Teil 2 des SGB IX

Einen völlig anderen Grundcharakter gewinnt das SGB IX im Zuge des BTHG dadurch, dass dieses bisher weitgehend auf konkretes Leistungs- und Leistungserbringungsrecht verzichtende¹⁹, stattdessen auf die jeweiligen speziellen Leistungsgesetze verweisende Rahmengesetz nun das komplette Recht der Eingliederungshilfe als eigenständigen Teil aufnimmt, während für alle anderen Rehabilitationsträger weiterhin ihr spezielles Leistungsrecht außerhalb des SGB IX gilt. Im Bundessozialhilfegesetz / SGB XII kommt die Eingliederungshilfe künftig nicht mehr vor; alle anderen „Hilfen in besonderen Lebenslagen“ – z. B. Hilfe zur Pflege, Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, Blindenhilfe – verbleiben jedoch in der Sozialhilfelogik und im SGB XII.

3.2.1 Trägerübergreifendes partizipatives Fallmanagement²⁰

Die Leistungsträger der Eingliederungshilfe sollen ein partizipatives, trägerübergreifendes Fallmanagement durchführen und auf dieser Basis eine zielgerichtete, wirksame Leistungsgestaltung steuern. Dabei können sie unter Nutzung des entspre-

¹⁸ Textfassung Kabinettsbeschluss vom 28.06.2016; alle nachfolgenden Quellenangaben beziehen sich auf diesen BTHG-GE

¹⁹ Ausnahmen: persönliche Budgets, Komplexleistung Frühförderung

²⁰ §§ 117 – 122 BTHG-E

chend erweiterten Teil 1 des SGB IX auch die anderen Rehabilitationsträger sowie die Pflegekassen verbindlich einbeziehen, und in Absprache mit den Leistungsberechtigten alle Leistungen personen- und wirkungsorientiert bündeln.

3.2.2 Trennung von Fachleistungen und existenzsichernden Leistungen²¹

Die Fachleistungen der Teilhabe (bisher: Eingliederungshilfe, § 53 f. SGB XII) werden von den existenzsichernden Leistungen („Lebensunterhalt in Einrichtungen“, § 35 SGB XII) getrennt; letztere werden künftig unter Wegfall des Einrichtungsbezuges im Regelsystem des SGB XII (3. + 4. Kapitel, ergänzt um besondere Mehrbedarfsregelungen) erbracht. Die Fachleistungen werden künftig inhaltlich, bezogen auf die tatsächlichen individuellen Teilhabebedarfe definiert, der Leistungsort wird irrelevant, ambulant – teilstationär – stationär werden als Kriterium nicht mehr herangezogen.

3.2.3 Personen- und leistungsorientiertes Wunsch- und Wahlrecht²²

Das bisher auf ambulant versus stationär fokussierte Wunsch- und Wahlrecht wird auf die Logik Zumutbarkeit, Eignung, Wirtschaftlichkeit neu ausgerichtet. Sowohl Geldpauschalleistungen, mit denen die Leistungsberechtigten zu selbstbestimmter Bedarfsdeckung befähigt werden, wie kollektive Leistungsanspruchnahme („Pools“) sind möglich, soweit sie zumutbar, fachlich geeignet und wirtschaftlich sind.

Die Rolle der Leistungsberechtigten soll auch über unabhängige Beratung und Begleitung (Peers) gestärkt werden²³.

3.2.4 Erwerbseinkommensabhängiger Aufwendungsbeitrag

Die bisherige sozialhilferechtliche Heranziehung von Einkommen und Vermögen wird ersetzt durch ein neues System, wonach bei Überschreitung eines mittleren Erwerbseinkommens i. H. v. ca. 30 T€²⁴ gestaffelte Beiträge²⁵ zu leisten sind. Die Vermögensfreigrenzen werden stark erhöht auf über 52 T€²⁶ (Faktor 20, bezogen auf das heutige „Schonvermögen“ von 2.600.- €), Lebenspartner werden nicht mehr herangezogen.

²¹ Siehe insbes. Art. 11 – 13 BTHG-E

²² § 104 BTHG-E

²³ § 32 BTHG-E

²⁴ 85 % der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (§ 136 Abs. 2 BTHG-E)

²⁵ monatlich 2 % des die vorgenannte Bezugsgröße übersteigenden monatlichen Betrages (§ 137 Abs. 2 BTHG-E)

²⁶ § 139 BTHG-E

3.2.5 Trialogisches Vertrags- und Leistungserbringungsrecht²⁷

Im bisherigen Vertrags- und Leistungserbringungsrecht der Eingliederungshilfe (§ 75 f. SGB XII) soll ebenfalls konsequent der Personen-, Leistungs- und Sozialraumbezug eingeführt, und die Angebotsstruktursteuerung verbessert werden. Zudem ist auch hier mehr Partizipation der Leistungsberechtigten vorgesehen.

3.2.6 Teilhabe am Arbeitsleben

Im Leistungsbereich der Teilhabe am Arbeitsleben wird das Monopol der Werkstätten für behinderte Menschen geöffnet, indem alternative Angebote²⁸ zugelassen werden. Besonderes Augenmerk wird dem Übergang Schule – Beruf gewidmet, wobei die Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Vorrang vor der Sonderwelt der Werkstätten haben soll²⁹. Der deutlich zu verstärkende Übergang aus der WfbM (zurück) auf den allgemeinen Arbeitsmarkt soll durch die Einführung des neuen Leistungselements „Budget für Arbeit“³⁰ unterstützt werden.

3.2.7 Personen- und sozialraumorientierte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Mit zahlreichen Neuerungen und Klarstellung wird das Anliegen der Personen- und Sozialraumorientierung akzentuiert. Eine diese Zielstellung betreffende Kernforderung der Länder und vieler Interessenvertretungsorganisationen ist dabei leider auf der Strecke geblieben: die Beteiligung des Bundes an den Systemkosten – in Aussicht standen gemäß Koalitionsvertrag 5 Mrd. € – hätte gut über eine direkte Geldpauschalleistung an die Leistungsberechtigten erfolgen können. Vorgeschlagen hatten die Länder als einen solchen Nachteilsausgleich ein „Bundesteilhabegeld“ in Höhe von 660.- € monatlich³¹. Im Zuge der Neustrukturierung der Bund-Länder-Finanzbeziehungen wurde nun jedoch im Frühjahr 2015 entschieden, die 5 Mrd. € zwar zur Entlastung der Kommunen auszukehren, dies aber nicht mehr mit der Reform der Eingliederungshilfe / dem Bundesteilhabegesetz zu verknüpfen, sondern als unspezifische Investitionsförderung zu gestalten. Damit sind sämtliche ressourcenbedürftigen Reforminhalte, die man mit kleinen Anteilen des 5 Mrd. €-Pakets hätte ausfinanzieren können, nun auf zusätzliche, aber bisher nicht veranschlagte Bundesmittel angewiesen; der Grundsatz, dass aus der Reform keine neue Ausgaben-dynamik resultieren darf, sondern dass diese vielmehr gedämpft werden muss, um das System nachhaltig zu stabilisieren, ist zwischen Bund, Ländern und Leistungsträgern unstrittig.

²⁷ §§ 123 – 134 BTHG-E

²⁸ § 60 BTHG-E

²⁹ § 11 BTHG-E

³⁰ z. B. erfolgreich erprobt und bereits in den Regelbetrieb überführt in Hamburg:

<http://www.hamburg.de/basfi/budget-fuer-arbeit/> ; im BTHG-E: § 61

³¹ vgl. ASMK 2013, Anlage zum TOP 5.2:

http://www.thueringen.de/mam/th7/tmsfg/asmk/ergebnisprotokoll_90_asmk.pdf

4 Diskussionspunkte zum Gesetzgebungsprozess Sommer/Herbst 2016

„Das ist nicht unser Gesetz!“ – unter diesem Motto organisierte sich im Frühjahr 2016 eine Protestbewegung³², die gravierende Verschlechterungen und Risiken durch das BTHG behauptet und daraus eine totale Ablehnung ableitet. Dass dies implizit die Festlegung bedeutet, die derzeitige Rechtslage sei die bessere Alternative (eine andere zum BTHG gibt es weder seitens der Protestler, noch von anderer Stelle), irritiert die Radikalität dabei in keiner Weise. Interessant ist, dass in vielen kritischen Äußerungen die tatsächlich nun im Gesetzgebungsprozess zu beratende Fassung des BTHG-Kabinettsbeschlusses vom 28.06.2016 gar nicht präzise zur Kenntnis genommen wird. Die Kritik bezieht sich vielmehr häufig auf Passagen aus dem Referentenentwurf vom April d. J. oder gar aus dem Arbeitsentwurf vom Dezember 2015. Dies ist insofern misslich, als im Kabinettsbeschluss gerade bei besonders umstrittenen Sachverhalten teilweise noch gravierende Änderungen, Verbesserungen und Klarstellungen vorgenommen wurden. Mal werden 10, mal 6 oder 7 gravierende Missstände angeprangert; im Zentrum steht aber immer, dass die Kernforderung einiger Behindertenverbände nach völliger Streichung des Einkommens- und Vermögenseinsatzes und nach unbeschränktem Wunsch- und Wahlrecht nicht vollständig eingelöst wurde.

Im Folgenden werden die wichtigsten Kritikpunkte in diesem Sinne erörtert, und mit dem Gesetzentwurf in Beziehung gesetzt.

4.1 Keine Verbesserungen in der (Hilfe zur) Pflege ?

Dieser Kritikpunkt verweist zunächst einmal auf die hohe Gesamtkomplexität des gegliederten sozialen Sicherungssystems in Deutschland. Das BTHG und die gesamte vorlaufende Diskussion hatten notwendigerweise immer den Fokus auf Eingliederungshilfe. Pflege ist vorrangig in einem eigenständigen Sozialgesetzbuch (SGB XI) geregelt, und die im Sozialhilferecht verankerte Hilfe zur Pflege, die die gedeckelten Pflegeversicherungsleistungen bei Bedarf aufstocken muss, ist und bleibt im SGB XII geregelt. Hier läuft parallel zum BTHG eine eigenständige Pflegereform (Pflegestärkungsgesetz III), die ebenfalls noch in 2016 in Kraft gesetzt werden soll. Berechtigt ist das Augenmerk auf die Schnittstelle von Eingliederungshilfe und Pflege, weil es eine nennenswerte Schnittmenge von Leistungsberechtigungen in beiden Systemen gibt, die wiederum einer Reihe von hoch umstrittenen Sonderregelungen unterliegt³³. Daher war es mit Blick auf die Leistungsberechtigten mit Ansprüchen sowohl in der Eingliederungshilfe wie auch in der Pflege³⁴, oder mit solchen alternati-

³² vgl. z. B. <http://nichtmeingesetz.de/2016/05/10/die-10-groessten-maengel-des-entwurfs-zum-bundesteilhabegesetz/>

³³ Besonders umstritten: § 43a SGB XI, § 55 SGB XII.

³⁴ Der gleichzeitige Bezug von Pflege- und Eingliederungshilfeleistungen ist in der ambulanten Versorgung für viele Menschen mit Behinderungen Normalität.

ven Ansprüchen für den gleichen Bedarf³⁵ erforderlich, Lösungen zu finden, die einheitlichen Leistungszugang absichern, und System-Verschiebeparkplätze sowohl zu Gunsten wie auch zu Lasten der Leistungsberechtigten vermeiden. Dieser Anforderung versucht der Gesetzentwurf durchaus gerecht zu werden, indem einerseits die Leistungskonkurrenz neu geregelt wird (ambulante SGB XI-Pflege hat im ambulanten Bereich Vorrang)³⁶, und andererseits die auf persönliche Assistenz angewiesenen Menschen künftig – unabhängig von der Leistungsart (Pflege oder EGH) bei der stark ausgeweiteten Privilegierung von Erwerbseinkommen gleichgestellt werden³⁷. Es kommt also im Überschneidungsbereich von Eingliederungshilfe und Pflege sehr wohl auch zu – massiven – Verbesserungen in der Hilfe zur Pflege.

4.2 Verstärkte Abschiebung ins Heim ?

Aus den Formulierungen des § 104 BTHG-E („Leistungen nach der Besonderheit des Einzelfalls“), im Besonderen aus dem Hinweis, dass bei gleich geeigneten Leistungen auch ein Kostenvergleich statthaft ist, wird geschlossen, dass nunmehr Menschen mit einem hohen ambulanten Assistenzbedarf in die demgegenüber kostengünstigere stationäre Versorgung gezwungen würden, bzw. aus dieser nicht in eine aufwändigere ambulante Betreuung wechseln könnten. Diese Kritik erkennt, dass das erste und ausschlaggebende Kriterium immer die Zumutbarkeit unter Würdigung der Besonderheiten des Einzelfalles ist. Schon daraus folgt, dass weder ein Ersatz bisheriger gewünschter ambulanter Betreuung durch ein stationäres Setting in Frage kommt, noch die Verweigerung einer gewünschten, geeigneten und nach der individuellen Gegebenheit möglichen ambulanten Versorgung. Ein Kostenvergleich darf in solchen Fällen überhaupt nicht stattfinden. Dies wird in der Begründung zum § 104 BTHG-E auch klar zum Ausdruck gebracht.

4.3 „Zwangspoolen“ ?

Auch hier liegt ein Missverständnis und eine Verkürzung des Sachverhaltes und des Regelungsinhaltes vor: der § 116 Abs. 2 BTHG-E räumt die Möglichkeit ein, bestimmte Leistungen zur sozialen Teilhabe an mehrere Leistungsberechtigte gemeinsam zu erbringen, wenn dies unter Bezugnahme auf den § 104 (s. o., 4,2) zumutbar und in der Sache sinnvoll ist. Hierbei handelt es sich erkennbar nicht um eine Zwangsvorschrift, sondern lediglich um einen ermessensleitenden Hinweis an den Leistungsträger. Im Übrigen wird hier lediglich eine in der Eingliederungshilfe (und nicht nur dort, in der Pflege ist das „Poolen“ längst ausdrücklich gesetzlich ermöglicht und fachlich unstrittig !) übliche und akzeptierte Praxis akzeptiert. Selbstverständlich ist die gemeinschaftliche Organisation vieler gruppenbezogenen Betreuungsleistungen

³⁵ Persönliche Assistenz für schwer körperbehinderte Menschen wird je nach Bundesland unterschiedlich, mal als Pflegeleistung, mal als Eingliederungshilfeleistung ausgekehrt.

³⁶ § 91 Abs. 3 BTHG-E

³⁷ Art. 11 ff. BTHG-E

in Wohngemeinschaften seit langem üblich, von den Leistungsberechtigten ausdrücklich gewünscht und unstreitig fachlich sinnvoll, da wesentlich teilhabeorientierter, als eine abgeschottete individuelle 1 : 1 – Leistung. Gleiches gilt für Hilfen zur angemessenen Schulbildung, für Mobilitätshilfen und vieles mehr.

4.4 Sparen unmöglich ? Partner werden herangezogen ?

Diese immer noch gelegentlich vorgetragene Kritik steht in keinerlei Zusammenhang mehr zu den einschlägigen Inhalten des BTHG-E; selbst in den Vorfassungen (Arbeitsentwurf, Referentenentwurf) war bereits unverkennbar, welche weitreichenden Verbesserungen hier stattfinden sollen. Nur wer radikal und kompromisslos darauf beharrt, dass nur die völlige Abschaffung jeglichen Beitrags aus Einkommen und Vermögen einen Fortschritt darstellt, kann so argumentieren. Realiter werden durch die Neuregelungen des BTHG die weit überwiegende Mehrzahl aller derzeit in der Eingliederungshilfe Leistungsberechtigten, die heute noch Beiträge aus Einkommen und Vermögen leisten, künftig völlig davon befreit. Gleiches gilt für unterhaltspflichtige Angehörige und Ehepartner. Nur diejenigen, die über ein durchschnittliches Erwerbs- oder Lohnersatz- bzw. Renteneinkommen verfügen, sollen aus dem übersteigenden Betrag noch eine pauschale Eigenleistung übernehmen. Und die Behauptung, bei einer Verzwanzigfachung des Schon-Barvermögens (von 2.600 auf 52.000 €; daneben sind selbstgenutztes Wohneigentum und gebundene Alterssicherungsansparungen zusätzlich freigestellt) sei Sparen nicht möglich, entlarvt sich selbst.

4.5 Für viele künftig kein Leistungsanspruch mehr ?

Dieser Kritikpunkt bezieht sich auf § 99 BTHG-E, indem der in der Eingliederungshilfe leistungsberechtigte Personenkreis – alle dazu bestehenden fachlichen Forderungen aufgreifend – nun endlich den Behinderungsbegriff der VN-Behindertenrechtskonvention aufgreifend ICF-basiert neu beschrieben wird. An die Stelle der wesentlichen Behinderung³⁸ tritt nun die erhebliche Einschränkung der Teilhabe, ausdifferenziert auf 9 ICF-Lebensbereichen. Befürchtet wird, die Anwendung der neuen Kriterien führe zum Ausschluss vieler Personen, die bisher Eingliederungshilfe-leistungsberechtigt waren, weil sie die neuen Kriterien nicht „schaffen“ könnten. Andere Stimmen befürchteten das genaue Gegenteil, nämlich eine erhebliche Ausweitung des leistungsberechtigten Personenkreises. In der Gesetzesbegründung wird klargestellt, dass die Neuregelung keine Veränderung des Personenkreises nach sich ziehen soll. Zudem enthält § 99 Abs. 1 letzter Satz BTHG-E eine flexible Öffnungsklausel, um mit Zweifelsfällen umgehen zu können. Schließlich ist diese Regelung eine, die es bis zum für 2020 vorgesehenen Inkrafttreten qualitätszusichern gilt – dies sieht Artikel 25 BTHG-E vor.

³⁸ § 53 Abs. 1 SGB XII

5 Diskussionsstand in den gesetzgebenden Kammern

Trotz des langen, einvernehmlichen Vorlaufs zwischen Bund und Ländern wird auch beim Bundesteilhabegesetz in beiden gesetzgebenden Kammern noch umfangreicher und detaillierter „Feinschliff“ vorgenommen, bevor die finalen Lesungen und dann die Inkraftsetzung des Werkes erfolgen. Im Anfang September 2016 angelauteten Bundesrats-Verfahren sind z. B. weit über 100 Entschließungs- und Änderungsanträge zu verarbeiten.

Nachfolgend sollen die absehbar zentralen Fragen des laufenden Prozesses skizziert werden, soweit sie zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Manuskripts³⁹ dem Autor einschätzbar erschienen.

5.1 Umsetzungsbegleitung und Evaluation: lernendes System ?

Das Bundesteilhabegesetz wird die Systematik der Eingliederungshilfe in nahezu allen Grundsätzen deutlich umgestalten. So werden die Bestimmung des leistungsberechtigten Personenkreises⁴⁰, das Wunsch- und Wahlrecht⁴¹ sowie die mitwirkende Rolle der Leistungsberechtigten⁴² und die Leistung von Kostenbeiträgen⁴³ neu geregelt, ergänzende Beratungselemente⁴⁴ und Leistungsformen⁴⁵ implementiert, und letztlich nicht seriös kalkulierbare Kostenfolgen auf der Seite der Leistungsträger (Länder und Kommunen) und des Bundes ausgelöst. Um dem Rechnung zu tragen, sollen viele dieser fundamentalen Änderungen zwar im Gesetzestext bereits in 2017 beginnend enthalten sein, jedoch erst schrittweise, spätestens zum 01.01.2020 in Kraft treten⁴⁶, also volle Wirkungen in der Realität erzielen. Die Übergangszeit soll wiederum genutzt werden, um die neuen Festlegungen, Element und Verfahren qualitätsgesichert fortzuentwickeln und abzurunden. Entsprechende Hinweise sind z. T. bei den jeweiligen konkreten Vorschriften, zusammengefasst aber auch noch einmal im Artikel 25 BTHG-E enthalten. Dieser regelt, dass das zuständige Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Einvernehmen mit den Ländern die „Ausführung der Leistungen nach Art. 1 Teil 2 untersuchen und die Träger der Eingliederungshilfe bei der Umsetzung der neu eingeführten Regelungen begleiten“ kann. Die Erkenntnisse sollen mit der parallel laufenden „Evidenzbeobachtung in der Eingliederungshilfe“ zusammengeführt werden⁴⁷.

³⁹ September 2016

⁴⁰ § 99 BTHG-E

⁴¹ § 104 BTHG-E

⁴² §§ 117 f., 123 f. BTHG-E

⁴³ § 135 f. BTHG-E

⁴⁴ § 32 BTHG-E

⁴⁵ § 116 BTHG-E

⁴⁶ Vgl. Art. 26 BTHG-E

⁴⁷ Art. 25 Abs. 2 BTHG-E

5.2 robuste (auch finanzielle) Nachsteuerungsmöglichkeit bzw. –pflicht für Bund und Länder ?

Im Bundesratsverfahren legen die Länder mit einem gemeinsamen Entschließungsantrag ergänzend zu Art. 25 BTHG-E großen Wert darauf, dass die finanziellen Auswirkungen des BTHG nicht nur detailliert dokumentiert werden, sondern dass der Bund bei politisch nicht erwünschten zusätzlichen Belastungen von Ländern und Kommunen auch einen Ausgleich vornimmt.

5.3 Klare / einfache Schnittstellenregelungen (Pflege, Grundsicherung) und Zuständigkeitsregelungen ?

Um die künftigen Schnittstellenregelungen und ihre fachlichen wie finanziellen Auswirkungen seriös einschätzen zu können, müssen die jeweils zusammentreffenden Gesetzeswerke parallel analysiert werden: für die Schnittstelle Pflege - Eingliederungshilfe das BTHG zusammen mit dem Pflegestärkungsgesetz 3 (PSG III), für die künftige Schnittstelle Eingliederungshilfe-Fachleistungen – existenzsichernde Leistungen sowie zugehörige Zuständigkeiten das BTHG zusammen mit dem SGB XII. Da all diese Gesetze noch im Werden sind, und teilweise noch gar nicht vom absehbaren Wortlaut her bekannt sind⁴⁸, ist dies eine hochkomplexe Angelegenheit. Es bleibt abzuwarten, ob – und zu hoffen, dass – den im Bundesratsverfahren zu all diesen Schnittstellenregelungen gestellten, von den vorliegenden BTHG-E sowie PSG III-E stark abweichenden, z. T. strikt alternativen Änderungsanträgen Erfolg beschieden ist.

6 Ausblick

Bei aller Kritik und noch notwendigem, korrigierenden Feinschliff: das Bundesteilhabegesetz bietet eine einmalige, beim Scheitern des aktuellen Gesetzgebungsanlaufes nicht so bald wiederkehrende Chance zur Einlösung vieler behindertenpolitischer Reformnotwendigkeiten. Die Überwindung der bisher separierenden, kausalen Leistungserbringungsstrukturen mit einem finalen, kommunalen Ansatz kann ebenso gelingen wie die personen-, leistungs- und wirkungsorientierte Optimierung der Teilhabeleistungen, die stärkere Förderung von Autonomie und Selbstbestimmung und die Erschließung neuer Wege der Sozialraumorientierung und Inklusion. Letztlich kann ein Gesetz wie das BTHG nur neue Impulse und Orientierungen geben und Wege dem Grunde nach eröffnen; entscheidend bleibt, dass die darin liegenden Chancen im Zusammenwirken von Leistungsberechtigten, Leistungsträgern und Leistungserbringern mit konkretem Leben erfüllt werde und entsprechendes Erfahrungswissen

⁴⁸ Zur für die existenzsichernden Leistungen an Menschen mit Behinderungen ab 2017 hochrelevanten, neuen Festlegung der Regelbedarfe liegt z. B. im September 2016 gerade erst ein vom Kabinett noch nicht beschlossener Referentenentwurf des BMAS („Entwurf eines Gesetzes zur Ermittlung von Regelbedarfen sowie zur Änderung des Zweiten und des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch“) vor, während sich parallel das BTHG und das PSG III bereits im finalen Gesetzgebungsprozess befinden.

generieren. Lohnend erscheint es allemal, sich auf diesen Weg zu begeben – geht es doch um nicht mehr und nicht weniger als die menschen- und menschenrechts-gerechtere Gestaltung der sozialen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in Deutschland.