

20 Jahre SGB IX – Impulse zu einer Agenda 2025

Prof. Dr. Harry Fuchs, Hochschule Düsseldorf

Einleitung

Am 1.7.2001 – mithin vor 20 Jahren - ist das Neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen - in Kraft getreten, mit dem der Gesetzgeber den Anspruch verbunden hat, in Deutschland ein für alle Menschen mit Behinderungen einheitliches Teilhaberecht zu gestalten, mit dem zumindest für Menschen mit Behinderungen die Schnittstellen des gegliederten deutschen Sozialleistungssystems überwunden werden.

Schon mit dem SGB IX von 2001 wurden die zuvor im Einzelnen in der Eingliederungshilfe-Verordnung zum Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) verankerten Leistungen bei Behinderung der Sozialhilfe dort weitgehend herausgelöst und als gesetzliche Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft mit §§ 55ff in das SGB IX übernommen.

Mit dem Bundesteilhabegesetz wurde danach lediglich noch die wenigen in § 54 SGB XII verbliebenen Leistungstatbestände, vor Allem aber das gesamte Verwaltungs- und Verfahrensrecht sowie das Leistungserbringungs- und Vergütungsrecht der Eingliederungshilfe in das SGB IX übernommen und weiterentwickelt.

Eine Beurteilung der Wirkungen des Bundesteilhabegesetz ist danach nur im Gesamtkontext des Neunten Sozialgesetzbuches effizient.

Mit dem SGB IX von 2001 sollten u.a. folgende Grundsätze verwirklicht werden:

- Umsetzung des Benachteiligungsverbots des Art 3 Abs. 3 Satz 2 GG im Bereich der Sozialpolitik
- Beendigung der Divergenz und Unübersichtlichkeit des Rehabilitationsrechts
- Für mehrere Träger einheitliche Regelungen an einer Stelle (Gemeinsames Rehabilitationsrecht)
- Gemeinsames Recht und einheitliche Praxis des Rehabilitations- und Behindertenrechts durch Koordination, Kooperation und Konvergenz
- Bürgernahe Organisation des Zugangs und der Erbringung der Leistungen
- Strukturen für die Zusammenarbeit von Leistungsträgern und Leistungserbringern

(Auszug aus dem SGB IX Eckpunktepapier der Koalitionsarbeitsgruppe v. Juli 1999)

Nachfolgend wird orientiert an einigen dieser Grundsätze die Entwicklung beurteilt, die das SGB IX in den letzten 20 Jahren, insbesondere aber auch durch das Bundesteilhabegesetz genommen hat¹. Daraus abgeleitet werden Vorschläge zur Weiterentwicklung für eine Agenda 2025.

Beendigung der Divergenz des Rehabilitationsrechts/Gemeinsames Rehabilitationsrecht

Menschen mit Behinderungen sollen die nach ihrem individuellen Bedarf erforderlichen Leistungen zur Förderung der Teilhabe nach Gegenstand, Umfang und Ausführung (einschl. Qualität) **einheitlich erhalten** und zwar unabhängig von der Zuständigkeit oder

¹ Mit Blick auf den verfügbaren Umfang der Veröffentlichung müssen auch die zu den jeweiligen Grundsätzen aufgeführten Entwicklungsbeispiele auf einige Schwerpunkte begrenzt werden.

Leistungsverpflichtung eines Rehabilitationsträgers (§ 13 Abs. 2, 19 Abs. 1, 25 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX).

Im Bericht des A+S-Ausschusses des Deutschen Bundestages vom 4.4.2001 (BT-Drs. 14/5800) heißt es – Zitat –

„Im Neunten Buch sind somit alle Regelungen zusammengefasst, die für die in § 6 genannten Rehabilitationsträger einheitlich gelten.“

Nach § 7 Abs. 1 Satz 1 findet das SGB IX für Leistungen zur Teilhabe Anwendung, soweit in den für die Rehabilitationsträgern geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes geregelt ist. Deshalb wurde während des Gesetzgebungsverfahrens 2001 akribisch darauf geachtet, dass das bis dahin noch unterschiedliche Leistungsrecht vereinheitlicht wurde und in den für die Träger geltenden spezifischen Leistungsgesetzen keine Abweichungen mehr enthalten waren.

So findet man z.B. die Definition, was unter medizinischen Leistungen zur Rehabilitation zu verstehen und was Gegenstand dieser Leistungen ist, ausschließlich in § 42 SGB IX und in keinem der für die Träger geltenden Leistungsgesetze.

Durch eine Bezugnahme auf die §§ 26, 33, 41 und 55 SGB IX in § 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII (in der bis 31.12.2017 gültigen Fassung) wurde der gesamte Katalog der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auch zum Leistungsgegenstand der Eingliederungshilfe.

Unterschiedliches Recht blieb in § 41 SGB V mit einer erweiterten Zielsetzung für die Vater-Mutter-Kind-Rehabilitation und mit dem gesamten Leistungsvereinbarungs- und Vergütungsrecht des SGB XII und Restanden an der Schnittstelle zwischen Schule und Beruf in § 54 SGB XII erhalten.

Unterschiedliche Teilhabeziele/Auswirkungen auf das Leistungsniveau

Die Leistungen zur Teilhabe aller Rehabilitationsträger sollen zur Erreichung von Teilhabezielen erbracht werden (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Die gesetzliche Orientierung der Leistungsausführung auf Teilhabeziele ist von besonderer Bedeutung für Gegenstand, Umfang und Qualität der Leistungen und damit auch zur Beurteilung der Eignung eines Leistungsangebotes (§§ 1, 4 Abs. 1, 42 Abs. 1 SGB IX usw.). Diese Zielorientierung bindet auch das den Trägern belassene Auswahlermessen (§ 36 Abs. 2 SGB IX), nach dem immer der Anbieter mit der zur Zielerreichung nach seiner Struktur und Prozessqualität am besten geeigneten Leistung für die Ausführung der Leistungen auszuwählen ist. Entsprechend den mit der Bedarfsermittlung festgestellten individuellen Teilhabezielen kann der Leistungsbedarf im Einzelfall unterschiedlich hoch oder niedrig sein. Die mit der Leistung zu erreichenden Teilhabeziele haben mithin unmittelbaren Einfluss auf den Leistungsanspruch der Höhe nach.

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurden die bis dahin trägerübergreifend einheitlichen Teilhabeziele für die Eingliederungshilfe abgesenkt. Schon die Aufgabenstellung der Eingliederungshilfe (§ 90 Abs. 1 SGB IX) zielt primär auf die individuelle Lebensführung

und erst im Weiteren auf die Förderung der Teilhabe ab. Förderung der Selbstbestimmung und Vermeidung von Benachteiligungen sind nicht Gegenstand der Aufgabenstellung.

Leistungsrechtlich ist Aufgabe der medizinischen Rehabilitation der Eingliederungshilfe nicht die uneingeschränkte Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 90 Abs. 2 SGB IX), sondern letztlich nur die Verbesserung der wesentlichen Behinderung.

Teilhabeziel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist im Gegensatz zum Teil 1 des SGB IX nicht die dauerhafte Sicherung der vollen Teilhabe am Arbeitsleben, sondern nur die Aufnahme, Ausübung und Sicherung einer Beschäftigung (§ 90 Abs. 3 SGB IX).

Dementsprechend umfassen die Leistungen der Eingliederungshilfe auch nicht mehr das umfassende Leistungspaket der §§ 49ff SGB IX, sondern nur noch Leistungen zur Beschäftigungsförderung, insbesondere in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen oder dem entsprechende Leistungen (§§ 111, 56ff SGB IX)

Die nach dem BTHG in der Eingliederungshilfe in Teilen niedrigschwelligeren Teilhabeziele rechtfertigen zwangsläufig ein im Verhältnis zum Teil 1 SGB IX niedrigschwelligeres Leistungsniveau. Das entspricht der aus den fürsorgerechtlichen Wesensmerkmalen abgeleiteten, in Teilen der Eingliederungshilfe vertretenen Auffassung, nur zu einer Teilhabesicherung nach dem Minimalprinzip verpflichtet zu sein.

Teilhabezielerreichung – Maßstab für Qualität und Qualitätssicherung

Die Orientierung der Leistungsausführung auf die Erreichung von Teilhabezielen ist zugleich der Maßstab für die Qualitätsanalysen (§ 37 Abs. 1 SGB IX), Qualitätssicherung (§ 37 Abs. 2 bis 6 SGB IX) und die Prüfung von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen (§§ 28 Abs. 2, 128 SGB IX).

Auch in diesem Bereich gibt es Divergenzen zwischen den Teilen 1 und 2 des SGB IX, aber auch im Verhältnis zu den SGB V und VI.

Die Neufassung des § 15 SGB VI, insbesondere dessen Absatz 9 durch das „Gesetz Digitale Rentenübersicht (RentÜG)“ sieht weder für die Zulassung von Einrichtungen noch die Qualitätssicherung, noch die zu schaffenden Vergütungsregelungen die Erreichung von Teilhabezielen als Struktur- und Prozess- oder Qualitätsmerkmal vor und gestaltet damit im Verhältnis zum SGB IX trägerspezifisch abweichendes Recht. Die Teilhabezielorientierung ist deshalb folgerichtig auch nicht Gegenstand des derzeit laufenden Entwicklungsprozesses zur Umsetzung der Neuregelung.

Unterschiedlicher Zugang zu den Leistungen

Der Anspruch auf Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie zur Vermeidung von Benachteiligungen (§ 1 SGB IX) richtet sich im Teil 1 ausschließlich danach, ob mit der Bedarfsermittlung eine Beeinträchtigung der Teilhabe festgestellt wird, die über die Definition von erreichbaren Teilhabezielen und daran orientierten Leistungen verbessert oder beseitigt werden können. Lediglich für die Rentenversicherung bestehen daneben besondere Voraussetzungen, die sich aus dem spezifischen Auftrag der Rentenversicherung ableiten.

Für die Menschen, die bei keinem anderen Rehabilitationsträger Leistungsansprüche geltend machen können und deswegen den Trägern der Eingliederungshilfe überantwortet sind, gibt es – außer dem Anspruch, Kosten senken zu wollen oder müssen – keinen ersichtlichen tragfähigen Grund, von den allgemeinen Zugangsregelungen zur Förderung der Teilhabe abzuweichen. Mit der Einführung spezifischer Anspruchsvoraussetzungen im „untersten sozialen Auffangnetz“ ergeben sich Zielgruppen, die einen Bedarf an Teilhabeleistungen haben, der aber durch keine gesetzliche Regelung und keinen Träger mehr gedeckt werden kann.

Die Notwendigkeit, die Träger der Eingliederungshilfe von Kosten zu entlasten kann auf andere Weise gelöst werden, als ausgerechnet über die Beschränkung des Zugangs zu den Leistungen für Menschen, die einen nachgewiesenen Leistungsbedarf – wenn auch ggfls. auf einem niedrigen Niveau - haben.

Unterschiedliches Wunschrecht

Das in § 8 SGB IX verankerte Wunschrecht gewährt den Berechtigten zur Förderung ihrer Selbstbestimmung bei der Entscheidung über und der Ausführung der Leistungen ein weitgehendes Wunschrecht.

Im Bereich der Krankenversicherung wurde das Wunschrecht bereits 2007 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz mit der Verpflichtung zur Tragung von Mehrkosten eingeschränkt. Diese Einschränkung besteht weiterhin, auch wenn die Verpflichtung durch das IPREG auf die Hälfte der Mehrkosten gesenkt wurde.

Das Eingliederungshilferecht (§ 104 Abs. 2 SGB IX) sieht die Wunscherfüllung nur bei „Angemessenheit“ vor, während § 8 SGB IX drauf abstellt, dass die Wünsche berechtigt sind. Das RentÜG verpflichtet die Rentenversicherung nicht mehr zur Beachtung des in § 8 SGB IX verankerten Rechtsanspruchs auf das Wunsch- und Wahlrecht, sondern lediglich noch zu dessen „Berücksichtigung“ und überlässt damit die Beachtung der Ermessensausübung des Trägers.

Selbstbeschaffung von Leistungen

Der Teil 1 des SGB IX sieht in § 18 SGB IX die Selbstbeschaffung von Leistungen durch den Berechtigten auf der Grundlage einer Genehmigungsfiktion vor, wenn der Rehabilitationsträger nicht innerhalb von zwei Monaten über den Leistungsantrag entscheidet. Dies entspricht einer vergleichbaren Regelung für den Bereich der Akutversorgung in § 13 Abs. 3a SGB IX. Das Selbstbeschaffungsrecht wurde kürzlich schon wieder durch die Rechtsprechung des BSG zu Gunsten der Rehabilitationsträger eingeschränkt.

Für den Bereich der Eingliederungshilfe wird eine solche Regelung sogar ausdrücklich gesetzlich ausgeschlossen. Dies, obwohl gerade in diesem Bereich die Fristen der §§ 14, 15 SGB IX zur Entscheidung über Leistungsanträge zum Teil über Monate, in Einzelfällen sogar mehr als ein Jahr nicht eingehalten werden.

Dies ist deswegen besonders prekär, weil durch den mit dem BTHG eingeführten § 24 SGB IX die an sich nach § 43 SGB I mögliche vorläufige Leistungsgewährung für alle Teilhabeleistungen ausdrücklich ausgeschlossen wird.

Einheitliche Praxis des Rehabilitationsrechts

Die mit dem SGB IX angestrebte einheitliche Praxis des Teilhaberechts wurde nicht erreicht, weil die dafür im SGB IX enthaltenen Vorschriften von den Trägern weitgehend nicht umgesetzt wurden. Kein Rehabilitationsträger hat sich die Umsetzung des SGB IX zum vorrangigen Anliegen gemacht.

Die Beharrungskraft bisheriger Verwaltungspraxis und organisationspezifisch unterschiedlicher Orientierungen wurde unterschätzt.

Auch die Rechtsprechung hat nur eindeutige Kollisionsregeln, insbesondere zur Zuständigkeitsklärung, aufgegriffen. Bei der Auslegung des Leistungsrechts hat sie sich die nach Fachkammern gegliederte Sozial- und Verwaltungsgerichtsbarkeit aber fast immer für die Strukturprinzipien der speziellen Gesetze entschieden und gegen die allgemeinen Prinzipien des SGB IX.

Weder die Aufsichtsbehörden als Wächter der gesetzlichen Ziele noch die Verwaltungsräte und Vorstände der Selbstverwaltung als Vertreter der Betroffenen sind bislang in besonderer Weise initiativ geworden, um die Versorgungsstrukturen der Rehabilitation im Sinne des SGB IX weiterzuentwickeln.

Einheitliche Praxis durch das Bundesteilhabegesetz?

Bei dieser Sachlage durfte man erwarten, dass der Gesetzgeber das erste große Sozialgesetz für Menschen mit Behinderungen nach in Kraft treten des SGB IX nutzt, um die auf eine einheitliche Praxis des Rehabilitationsrechts abzielenden Regelungen weiter zu konkretisieren und noch bestimmter zu fassen.

Dies ist mit dem Bundesteilhabegesetz jedoch nur im Bereich des Teilhabeplanverfahrens einschließlich der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs (Kapitel 2 bis 4) geschehen. Danach dürfen nunmehr weder die Rehabilitationsträger, noch die Länder von den Regelungen des Kapitels 4 abweichen. Nach der vom Gesetzgeber vorgegebene Untersuchung zur Wirkung der neuen Regelungen (Forschungsbericht 540 des BMAS, Dezember 2019) zeichnen sich erst langsame

Schritte zur Umsetzung ab, die zudem in den einzelnen Zweigen der Rehabilitationsträger auch weiterhin deutlich erkennbare Unterschiede aufweisen.

Es ist jedenfalls nicht zu erkennen, dass in absehbarer Zeit alle Rehabilitationsträger insbesondere die inhaltlichen Anforderungen der Bedarfsermittlung in gleicher Qualität erfüllen und damit eine einheitliche Basis entsteht, auf deren Grundlage der leistende Träger das weitere Teilhabeplanverfahren steuern kann.

Weitgehender Ermessungsspielraum der Eingliederungshilfe

Die leistungsrechtlichen Bestimmungen der Eingliederungshilfe gewähren einen Anspruch dem Grunde nach, während die Entscheidung über die Leistungshöhe weitgehend der pflichtgemäßen Ermessensausübung der Träger überlassen bleibt, für dessen Ausübung der Gesetzgeber in den leistungsrechtlichen Vorschriften wenig bis keine Maßstäbe gesetzt hat. Die große Zahl der Träger der Eingliederungshilfe auf kommunaler oder Länderebene führt zwangsläufig zu unterschiedlichen Auslegungen und Praktiken des Eingliederungshilferechts.

Eine von der Universität Kassel (Welti, Beyerlein) im Auftrag der Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. erstellte Synopse zu den Landesgesetzen zum SGB IX – Teil 2 und zu den Landesrahmenvereinbarungen zeigt, wie vielfältig und unterschiedlich die Regelungen zur

Umsetzung des SGB IX Teil 2 in den Landesgesetzen, insbesondere aber in den Landesrahmenverträgen sind. Mit Blick auf diese Vielfalt und Unterschiedlichkeit bestehen erhebliche Zweifel, dass auf dieser Grundlage noch einheitliche Lebensverhältnisse für Menschen mit Behinderungen gesichert werden können.

Für die Berechtigten steuert dem allein die für die Ermessensausübung maßgebende Bindung an das fürsorgerechtliche Bedarfsdeckungsprinzip (§ 104 SGB IX) entgegen. Damit wird deutlich, dass vor allem die rechtmäßige und im Einzelfall strikt an der ICF orientierte Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs (§§ 13, 118 SGB IX) sich unmittelbar auf die Höhe der Eingliederungshilfeleistungen auswirkt.

Entwicklungen im Bereich des Leistungsrechts

Die **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** sind bei den Rehabilitationsträgern weniger auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft oder individuelle Teilhabeziele, sondern vielmehr immer noch auf trägerspezifische Ziele oder auf die Unterstützung des Erfolges der Krankenbehandlung ausgerichtet. Das Gesetzgebungsverfahren zum BTHG hat die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation vollständig ausgeblendet, obwohl aus verschiedenen Untersuchungen und Veröffentlichungen bekannt ist, dass es in diesem Bereich sowohl Über-, Unter- wie auch Fehlversorgung gibt.

So gibt es z.B. für Menschen mit psychischen Erkrankungen keine ambulanten Angebote der medizinischen Rehabilitation. Stationäre Angebote der medizinischen Rehabilitation für diese Zielgruppe existieren nur in der Form der Restanden aus dem vor Jahrzehnten durchgeführten Modellvorhaben Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK).

Bei fast allen Indikationen mangelt es an der Frührehabilitation im Krankenhaus.

Im Bereich der neurologischen Rehabilitation ist die ambulante rehabilitative Versorgung zwischen den verschiedenen stationären akutmedizinischen und rehabilitativen Leistungen weder definiert, noch organisiert oder ausgestaltet. Die betroffenen Menschen sind weitgehend ausschließlich auf ambulante Krankenbehandlung angewiesen.

Das IPREG hat zwar die häusliche Pflege für Menschen mit Bedarf an Intensiv- und Beatmungspflege neu geregelt, aber – trotz aller Hinweise und Vorschläge im Gesetzgebungsverfahren – die auch bereits während dieser Behandlungsphasen dringend gebotenen rehabilitativen und auf die Teilhabebeeinträchtigungen ausgerichteten Behandlungsmethoden völlig ausgeblendet.

U.a. der Werkstattbericht über das beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales durchgeführten Projektes RehalInnovativen zeigt vielfältige Impulse für die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation auf. Leider konnten sich die Projektteilnehmer nicht auf die von einem Teil der Beteiligten erarbeiteten Handlungsempfehlungen verständigen, die deshalb vom BMAS auch nicht veröffentlicht wurden.

Entwicklungen im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Durch das BTHG wurde der früher in § 54 SGB XII enthaltene Verweis auf das gesamte Leistungspaket im Teil 1 des SGB IX aufgehoben, sodass heute nur noch Leistungen im Bereich der Beschäftigungsförderung möglich sind.

Davon sind insbesondere Menschen mit Behinderungen betroffen, die keine Leistungsansprüche gegen einen anderen Rehabilitationsträger als dem der Eingliederungshilfe geltend machen können und z.T. auch nicht über Ansprüche nach dem SGB II verfügen. Eine Zielgruppe sind Menschen mit psychischen Erkrankungen, die mangels wirksamer Angebote der medizinischen Rehabilitation, im Verlaufe Ihrer Erkrankung relativ früh Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen und dann im Bereich der Eingliederungshilfe auf Werkstätten von Menschen mit Behinderungen zulaufen, obwohl ihr Leistungsvermögen noch deutlich über das für den Zugang zu einer Werkstatt erforderliche Mindestmaß an wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit hinausgeht oder bei entsprechender Förderung hinausgehen könnte.

Dass bestimmte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Empfänger von Grundsicherung nach dem SGB II – weil dort ausdrücklich ausgeschlossen - ebenfalls nicht verfügbar sind, ist ebenso prekär.

Nach Auffassung des Verfassers bestehen die dringende Notwendigkeit, das Problem zu lösen, dass bei Menschen mit Behinderungen der absolut gleiche individuelle Leistungsbedarf nur deswegen unterschiedlich gedeckt und den Betroffenen damit unterschiedliche und nicht gleichwertige Zugänge zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eröffnet werden, weil das deutsche gegliederte Sozialleistungssystem in den spezifischen Leistungsgesetzen der Träger unterschiedliche Leistungsniveaus vorsieht.

Leistungen zur Sozialen Teilhabe

Letzteres gilt ebenso für die Leistungen zur Sozialen Teilhabe. Zur unterschiedlichen Leistungsgestaltung innerhalb der Eingliederungshilfe wurde bereits oben auf die Studie der Universität Kassel hingewiesen. Darüber hinaus bestehen zwischen den Teilen 1 und 2 des SGB IX zu den einzelnen Leistungsgruppen auch gesetzlich definierte Leistungsunterschiede.

Neben der sich daraus ergebenden Notwendigkeit zur Wiederherstellung eines einheitlichen Teilhaberechts bedarf die weitgehend der Ermessensausübung der Träger der Eingliederungshilfe überlassene Entscheidung über Gegenstand und Ausführung der Leistungen zur Sicherung einheitlicher Lebensverhältnisse von Menschen mit Behinderung und der Gleichbehandlung der Bindung an gesetzlichen Maßstäben der Ermessensausübung.

Strukturen für die Zusammenarbeit von Leistungsträgern und Leistungserbringern

Das SGB IX hat nicht nur Strukturen für die Zusammenarbeit, sondern erstmals auch ein für alle Rehabilitationsträger – mit Ausnahme der Träger der Eingliederungshilfe - einheitliches Vertrags- und Vergütungsrecht geschaffen (§§ 36ff SGB IX).

Dieses trägerübergreifende Recht wurde von den Rehabilitationsträgern weder hinsichtlich der gesetzlich vorgegebenen Anforderungen an die Versorgungsverträge (§ 38 Abs. 1 SGB IX), noch des Abschlusses von einheitlichen Grundsätzen für die Vereinbarung von Versorgungs- oder Rahmenverträgen (§ 38 Abs. 3 Satz 1 SGB IX), noch der Vereinbarung von Grundsätzen zur Vereinbarung von Vergütungen (§ 38 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX) umgesetzt.

Das SGB IX gewährt den Leistungserbringern bereits seit 2001 einen Rechtsanspruch auf eine angemessene Vergütung (§ 36 Abs. 2 Satz 3 iVm § 55 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB IX), wobei der

Gesetzgeber nach der Begründung erwartete, dass die Rehabilitationsträger (gemeinsamen) in Grundsätzen zur Vergütung (§ 38 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX) ein leistungsbezogenes Vergütungssystem entwickeln (BT-Drs 14/5074, 105).

Mit dem Leistungsbezug sollte die Vergütung über den Umfang der Leistungen sowohl am Bedarf der Berechtigten wie auch an der erforderlichen Qualität bezogen auf die Erreichung der individuellen Teilhabeziele gewährleistet werden.

Zwischenzeitlich hat der Gesetzgeber selbst das trägerübergreifende Leistungserbringungs- und Vergütungsrecht weitgehend ausgehöhlt und auf trägerspezifisches Recht zurückgeführt. Da die Träger keine einheitlichen Kriterien für die Bestimmung von Gegenstand und Vergütung der Leistungen anwenden, entwickeln sich Qualität und Vergütung, insbesondere in der Krankenversicherung zunehmend auseinander. Damit stellt sich die Frage der Wirksamkeit der Leistungen bei individuell gleichen Teilhabezielen und letztlich auch deren Wirtschaftlichkeit.

Im Bereich der **Krankenversicherung** hat der Gesetzgeber die vom SGB IX abweichende Praxis durch das IPREG legitimiert. § 111c Abs. 3 Satz 1 SGB IX enthält nunmehr ein trägerspezifisches Vergütungsrecht, das nach Absatz 5 durch untergesetzliche Rahmenempfehlungen zu konkretisieren ist, deren inhaltlichen Anforderungen hinter den gesetzlichen Vorgaben des § 38 SGB IX zurückbleiben. Prinzipiell übernimmt damit der Gesetzgeber die Praxis der Krankenversicherung, die Leistung und deren Vergütung vornehmlich über das Vergütungsniveau zu gestalten.

Die Vergütungsregelungen der §§ 36 Abs. 2 Satz 3, 51 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB IX, die eine angemessene, leistungsbezogene Vergütung nach einheitlichen Grundsätzen der Rehabilitationsträger zusicherten, sind damit obsolet.

Vergleichbares gilt für den Bereich der **Rentenversicherung**. Das RentÜG verpflichtet die Träger mit der Einführung des § 15 Abs. 9 Nr. 2 SGB VI zu einem verbindlichen transparenten, nachvollziehbaren und diskriminierungsfreien Vergütungssystem für alle zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen. Dabei sollen insbesondere die Indikation, spezifische konzeptuelle Aspekte und besondere medizinische Bedarfe berücksichtigt werden.

Die wirksame Erreichung von Teilhabezielen durch dazu geeignete Struktur- und Prozessqualitäten wird gesetzlich ausdrücklich nicht vorgegeben und könnte allenfalls unter dem Begriff „spezifischer konzeptueller Aspekte“ Bedeutung erlangen.

Die gesetzliche Vorgabe, „ein geeignetes Konzept der Bewertungsrelationen zur Gewichtung der Rehabilitationsleistungen und eine geeignete Datengrundlage für die Kalkulation der Bewertungsrelationen“ zu entwickeln, deuten auf eine abstrakte Vergütungsbildung durch die Gewichtung der Vergütungssätze in den einzelnen Indikationsbereichen im Verhältnis zur Gesamtvergütung für Rehabilitationsleistungen hin. Dies hat mit einer an der Erreichung von Teilhabezielen orientierten Qualität und Wirksamkeit der Leistungen wenig zu tun. Die über einen Algorithmus definierte, abstrahierende Vergütungsfindung könnte mittelfristig zu einer mittelwertigen Vergütungsentwicklung und letztlich zur Gefährdung der Qualität und Wirksamkeit der Leistungen führen.

Im Bereich der **Eingliederungshilfe** hat der Gesetzgeber mit dem BTHG an der Vergütungsbildung durch Pauschalierung auf der Grundlage abstrakter Gruppen gleichen Bedarfs festgehalten. Dies kollidiert zumindest in Teilen mit der den Menschen mit

Behinderungen zugesagten „Personenzentrierung“ der Leistungen. Der Begriff der „Personenzentrierung“ ist im Gesetz ausschließlich in der Bestimmung zum Sicherstellungsauftrag (§ 95 SGB IX) enthalten. Damit werden die Träger der Eingliederungshilfe verpflichtet, eine personenzentrierte Leistungserbringung sicherzustellen (nicht etwa selbst auszuführen wie in § 28 Abs. 1 Satz 1 SGB IX).

Diese Sicherstellung erfolgt durch die Bindung der Leistungserbringer an den Gesamtplan in der Leistungsvereinbarung (§ 123 Abs. 5 Nr. 3 SGB IX). Damit obliegt dem Leistungserbringer die Individualisierung der Leistung bei der Leistungsausführung. Insoweit folgt der Teil 2 des SGB IX nunmehr dem Individualisierungsprinzip, das dem SGB IX bereits seit seinem Inkrafttreten innewohnt.

Umsetzung der UN-BRK

Letztlich stellt sich die Frage, inwieweit das SGB IX die UN-BRK umsetzt. In der Begründung zum BTHG wird an verschiedenen Stellen ausgeführt, dass die Regelungen der Umsetzung der UN-BRK dienen.

Ohne dies im Einzelnen weiter zu konkretisieren sei auf Anmerkungen der Monitoringstelle UN-BRK des Deutschen Instituts für Menschenrechte zum Regierungsentwurf BTHG, September 2016 S. 8, 3.2.1 verwiesen. Zitat

„Es wird jedoch der Anschein erweckt, dass der Gesetzentwurf die einschlägigen Vorgaben der UN-BRK hinreichend oder gar vollständig umsetzt. Dies ist jedoch nicht der Fall. Aus der Sicht der UN-BRK bleiben auch nach der Verabschiedung eines BTHG große Herausforderungen für die Regelung gesellschaftlicher Teilhabe bestehen...“

Impulse zu einer Agenda 2025

Der Grundsatz, dass Menschen mit Behinderungen die nach ihrem individuellen Bedarf erforderlichen Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft unabhängig von der Zuständigkeit oder Leistungsverpflichtung eines Rehabilitationsträgers die nach seiner individuellen Beeinträchtigung seiner Teilhabe und dem sich daraus ergebenden Bedarf notwendigen Teilhabeleistungen nach Gegenstand, Umfang und Ausführung (einschl. Qualität) bundesweit **einheitlich erhalten** sollen, ist ohne Einschränkungen weiterhin richtig.

Die zum SGB IX von 2001 definierten Ziele

- Beendigung der Divergenz und Unübersichtlichkeit des Rehabilitationsrechts
- Gestaltung einheitliche Regelungen für mehrere Träger an einer Stelle (Gemeinsames Rehabilitationsrecht)
- Gemeinsames Recht und einheitliche Praxis des Rehabilitations- und Behindertenrechts durch Koordination, Kooperation und Konvergenz
- Bürgernahe Organisation des Zugangs und der Erbringung der Leistungen
- Strukturen für die Zusammenarbeit von Leistungsträgern und Leistungserbringern

sind weiterhin zu verfolgen.

Die in diesem Beitrag aufgezeigten Beispiele für die

- gesetzliche Auseinanderentwicklung des Teilhaberechts insbesondere im Leistungs-, Leistungserbringungs- und Vergütungsrecht,
- die Nichtumsetzung der Bestimmungen des SGB IX durch die Rehabilitationsträger
- die aufgezeigte Unter-, Über- und Fehlversorgung im Bereich der medizinischen

Rehabilitation

erfordern eine umfassende Weiterentwicklung des SGB IX im Sinne einer Agenda 2025 zur

- Wiederherstellung eines trägerübergreifenden, einheitlichen Teilhaberechts für alle Menschen mit Behinderungen,
- Beseitigung der Einschränkungen bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im SGB II
- Sicherung des Leistungskatalogs des SGB IX, Teil 1 bei der Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe im SGB VIII
- Sicherung eines trägerübergreifend einheitlichen Zugangsrechts zu den Leistungen zur Teilhabe auf der Grundlage der ICF-orientierten Bedarfsermittlung,
- Beseitigung der Über-, Unter- und Fehlversorgung im Bereich der medizinischen Rehabilitation,
- Vereinheitlichung der unterschiedlichen Regelungen bei den Leistungen zur Teilhabe und am Arbeitsleben und zur Sozialen Teilhabe,
- Sicherstellung einer bundeseinheitlichen Rechtspraxis im Bereich der Sozialen Teilhabe
- Beseitigung der Unterschiede beim Wunschrecht,
- Schärfung des Selbstbeschaffungsrechts von Leistungen und Ausdehnung auf alle Rehabilitationsträger,
- Wiedereinführung der Möglichkeit zur Erbringung vorläufiger Leistungen,
- Wiederherstellung eines trägerübergreifend einheitlichen Leistungserbringungs- und Vergütungsrechts im Teil 1 des SGB IX,
- Orientierung des Leistungserbringungs- und Vergütungsrechts im Teil 2 des SGB IX am Teil 1.