

Michael Conty

Anforderungen an ein Verfahren zur Feststellung der Behinderung und des Hilfebedarfs in der Eingliederungshilfe

Beitrag zur Tagung „Eingliederungshilfe und Pflege - Perspektiven der Behindertenhilfe unter veränderten rechtlichen und demografischen Rahmenbedingungen“, Fachtagung der fünf Fachverbände am 24. September 2008 in der Katholischen Akademie Berlin

1. Einleitung

1.1 *Verfahrensvielfalt*

Vor ungefähr 1 ½ Jahren, im März 2007, wies ich in einem Beitrag bei der Tagung des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge zur Reform der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung darauf hin, dass in Deutschland mehr als 60 verschiedene Verfahren¹ zur Hilfebedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe bestehen. Der BeB forderte damals eine bundesweite Vereinheitlichung, so dass es idealiter zukünftig nur ein Verfahren zur Feststellung der Behinderung und zur Ermittlung des Hilfebedarfs geben sollte. Diese Forderung ist heute aktueller denn je.

Die extreme Vielfalt der Hilfebedarfsermittlungsverfahren im Rahmen der Eingliederungshilfe überraschte Praktiker damals nicht, jedoch sorgte sie immerhin für Irritation in der Politik. Es ist doch auch heute noch zu fragen, wie es zu rechtfertigen ist, dass notwendige Leistungen der Eingliederungshilfe - immerhin handelt es sich hier um bundesgesetzliche Leistungsvorschriften - auf der Basis unterschiedlichster Verfahren regional höchst unterschiedlich bemessen werden. Es liegt doch nahe, dass mit unterschiedlichen Verfahren gewonnene Erkenntnisse zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen führen und damit eine Ungleichbehandlung von Leistungsberechtigten gegeben ist. Die Art der Feststellung der Behinderung und des Hilfebedarfs hat Auswirkungen auf die individuelle Leistungsrealität.

Hinzu kommt, dass die Verfahren eine ganz unterschiedliche fachliche Dignität, Reliabilität und Validität besitzen und alles vorhanden ist: vom „selbstgestrickten Verwaltungsfragebogen“ bis hin zum wissenschaftlich (zumindest in Ansätzen) überprüften Assessment-Verfahren bzw. zur systematischen Entwicklung und Überprüfung einer individuellen Maßnahmeplanung. Das ZPE der Universität Siegen hat im Rahmen des IH-NRW-

¹ Paritätisches Kompetenzzentrum, 2 Jahren Modelle zum persönlichen Budget für behinderte Menschen - ein Zwischenfazit, 23.9.2006

Projekts² eindrucksvoll dokumentiert, dass zudem von Kommune zu Kommune höchst unterschiedlich ausfallende Durchschnittszahlen von Fachleistungsstunden zustande kommen. Dies zeigt, dass es nicht nur eines einheitlichen, sondern auch eines in der Anlage und Durchführung wissenschaftlichen Standards (Validität, Reliabilität) genügenden Verfahrens bedarf.

Der Befund ist heute wie damals, dass ein einheitliches, rehabilitationswissenschaftlich abgesichertes, in der Verwaltungspraxis bundesweit anerkanntes und qualitativ hochwertiges Instrument notwendig und ein solides Verfahren erforderlich ist.

In der oben angesprochenen Veranstaltung des Deutschen Vereins vor 1 ½ Jahren wurde ausgesprochen, was heute Realität ist. Es wurde auf das damals gerade begonnene Forschungsprojekt des Bielefelder Instituts für Pflegewissenschaften hingewiesen. Dieses hat mittlerweile ein modernes, ICF-basiertes Pflegebedarfsermittlungsverfahren entwickelt. Gleichzeitig wurde damals schon die Befürchtung geäußert, dass zukünftig Eingliederungshilfebedarf ausschließlich aus pflegewissenschaftlicher Perspektive und reduziert auf soziale Betreuung mit dem neuen Pflege-Assessment ermittelt wird, weil für die Pflege ein modernes Instrument vorliegt und es kein allgemein akzeptiertes Verfahren in der Behindertenhilfe gibt – aus reinen Praktikabilitätsgründen.³

Man muss ernüchert feststellen, dass wir es uns in der Behindertenhilfe zulange geleistet haben, unsere Unterschiedlichkeiten zu pflegen. Vor dem Hintergrund von fragwürdigen Abgrenzungsdiskussionen hinsichtlich verschiedener Verfahren, persönlichen und fachlichen Eitelkeiten und temporär wie regional nur eng begrenzt erfolgversprechenden Kompromissen ist mehr Trennendes als Verbindendes entstanden. Statt Einvernehmen zu einem grundständigen Verfahren zu erzielen und dieses mit Unterstützung von Wissenschaft und Forschung (Rehabilitationswissenschaft, Heilpädagogik etc.) einerseits und der Praxis andererseits weiterzuentwickeln, haben wir die weiter fortschreitende Zersplitterung betrieben. Im mildesten Fall haben wir das zugelassen, in der Regel jedoch haben wir und unsere Praktiker selbst erheblich dazu beigetragen, indem wir immer neue Ideen beigesteuert und im jeweilig erreichbaren Verantwortungsraum in neue Verfahren oder Verfahrensvarianten umgesetzt haben. Ein Blick in die internationale Szene zeigt, dass Deutschland hier ein nicht unbedingt rühmliches Alleinstellungsmerkmal für sich beanspruchen kann.

Mittlerweile findet mancherorts (z. B. Rheinland, Hessen, Rheinland-Pfalz) so etwas wie eine landesbezogene Identitätsbildung mit Blick auf die Verfahren statt und es wird schwer sein, diesen Prozess konstruktiv im Sinne einer Konvergenz weiterzuführen.

Der Eingliederungshilfe als relevantem Zweig der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation in Deutschland ist es weder gelungen ein taugliches, allgemein akzeptiertes Assessment-Instrument noch eine gemeinsame Systematik der Hilfeplanung zu entwickeln.

² ZPE Universität Siegen, ICH-NRW, http://www2.uni-siegen.de/~zpe/ih-nrw/ih-nrw_downloads.htm

³ Conty, Michael Auf dem Weg zur Inklusion? Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe innerhalb eines Gesamtkonzepts zur Betreuung und Versorgung alter, pflegebedürftiger und behinderter Menschen, Deutscher Verein, 12.3.2007, Erkner

Hier heißt es von der Pflege und den Pflegewissenschaften zu lernen. Es ist uns für den Bereich der Pflege vorgemacht worden, wie in einem konzentrierten, wissenschaftlich fundierten Prozess die Entwicklung eines einheitlichen, modernen, leistungsartbezogenen Assessment-Instruments erfolgreich durchgeführt werden kann. Dies ist auch in der Eingliederungshilfe vonnöten.

1.2 Konvergenz durch geteilte Standards für Behinderungsfeststellung, Hilfebedarfsermittlung und Unterstützungsplanung

Im April dieses Jahres führte der Deutsche Verein eine weitere Fachtagung zum Themenkomplex durch, „Instrumente der Bedarfsermittlung und der Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe“ (April 2008). Zunächst war das Vorhaben innerhalb des Deutschen Vereins umstritten. Insbesondere die Sozialhilfeträger sahen kaum eine Notwendigkeit, sich mit der Unterschiedlichkeit der Instrumente auseinanderzusetzen. Der vermeintlich unwichtige, kleine Workshop mauserte sich jedoch zu einer stattlichen Fachtagung mit deutlich mehr als 150 Teilnehmern. Er hatte u. a. zur Folge, dass der Deutsche Verein nunmehr eine Arbeitsgruppe eingerichtet hat, die in den nächsten Wochen ihre Arbeit aufnehmen wird.

Es haben sich die Einsichten durchgesetzt, dass eine gewisse Einheitlichkeit notwendig ist. Auch wenn Bundeseinheitlichkeit kurzfristig nicht erreichbar scheint, müssen jedoch mindestens Standards für Feststellung der Behinderung, Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe entwickelt werden, um einen orientierenden Korridor für die Weiterentwicklung der regional verwendeten Instrumente zu bestimmen.

Ich messe der Arbeit dieser Gruppe hohe Bedeutung bei und meine, dass es prioritäre Aufgabe der Fachverbände ist, dieses Vorhaben zu begleiten und intensiv zuzuarbeiten. Diese Chance darf nicht ungenutzt bleiben. Wir müssen die Zeit jetzt nutzen, um unsererseits Anforderungen an ein zeitgemäßes, die Rechte von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung achtendes, rehabilitationswissenschaftlich fundiertes und an den Leitbegriffen der Behindertenhilfe (Personenzentrierung, Selbstbestimmung, Teilhabe usw.) orientiertes Verfahren zu formulieren.

2. Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe

Seit 1961 ist der Personenkreis, dem Leistungen der Eingliederungshilfe zur Verfügung stehen sollen, weitgehend unverändert gesetzlich festgelegt. Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt sind, haben einen Rechtsanspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe. Schließlich sind Personen, bei denen der Eintritt einer Behinderung droht, ebenfalls in den Kreis der Leistungsberechtigten eingeschlossen. (§ 53 Abs. 1 und 2 SGB XII i. V. m. § 2 SGB IX). Die Eingliederungshilfe-Verordnung (EHVO) konkretisiert unter welchen Voraussetzungen wesentliche Behinderungen vorliegen.

Der Bundesgesetzgeber hatte sich schon früh vom strengen medizinischen Behindernsbegriff getrennt und eine Sichtweise zugrunde gelegt, die weitgehend dem

Krankheitsfolgenmodell der WHO⁴ (Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen) entsprach.

Hierbei wird davon ausgegangen, dass eine Krankheit oder Störung Ursache für Schädigungen sind, die zu Fähigkeitsstörungen führen, die wiederum Beeinträchtigungen zur Folge haben. Die Sichtweise des Bundessozialhilfegesetzes war immer, dass sich Behinderung als Teilhabeeinschränkung ausdrücke und sich als Folge aus den vorgenannten Faktoren ergebe. In der Praxis bewegen wir uns heute immer noch in diesem begrifflichen Raum, auch wenn sich spätestens mit der neuen Sichtweise der Weltgesundheitsorganisation 2001 ein Perspektivwechsel ergeben hat. Auch heute noch gilt vielfach, dass es im Zusammenhang der Feststellung der Behinderung und des Hilfebedarfs um Defekte und Defizite von Menschen mit Behinderung geht, die mit Mitteln der Medizin, Pflege und Pädagogik zu behandeln bzw. zu kompensieren seien. Dies ließe sich im Übrigen auch empirisch nachweisen.

Schließlich muss man auch nüchtern feststellen, dass die alte Krankheitsfolgen-Sichtweise (ICIDH-Definition von 1980) immer noch unserem Sozialgesetzbuch IX zu Grunde liegt, auch wenn die Gesetzesbegründung von einer Orientierung an der moderneren Sichtweise der ICF⁵ (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) spricht.

§ 2 Abs. 1 SGB IX definiert Behinderung: „ Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher⁶ ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ Die Leitgedanken der ICF machen jedoch klar, dass heute nicht mehr individuell vorhandene gesundheitliche Probleme (Schädigungen und Funktionseinschränkungen) allein zur Behinderung führen, sondern sich Behinderung in der gestörten oder nicht entwickelten Interaktion zwischen dem Individuum und der materiellen und sozialen Umwelt ausdrückt. Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren werden als Hintergrund der Betrachtung der komplexen Wechselwirkungen von Gesundheitsproblemen, Schädigungen, Aktivitätseinschränkungen und Partizipationshemmnissen einbezogen. Eine moderne und zukunftsorientierte Gesetzgebung muss der ICF-Sichtweise Rechnung tragen, indem mindestens das SGB IX, SGB XII und EHVO entsprechend überarbeitet werden.

3. Feststellung der wesentlichen Behinderung

Leistungsrechtlich hat der Behinderungsbegriff der Eingliederungshilfe-Verordnung (EHVO) eine steuernde Funktion. Hier wird „sortiert“, wer überhaupt zum berechtigten Personenkreis gehört und wem damit prinzipiell Leistungen der Eingliederungshilfe gewährt werden können.

Praktisch vollzieht sich die Feststellung der wesentlichen Behinderung durch Verwaltungsentscheidung der leistungszuständigen Behörde auf der Grundlage ärztlicher Fest-

⁴ WHO, International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps, 1980

⁵ WHO, International Classification of Functioning, Disability and Health, 2001

⁶ Hervorhebung vom Verfasser

stellungen. Die veraltete, dem medizinischen Modell im strengen Sinne verhaftete Beschreibung des Personenkreises macht eine Entscheidung für den Arzt in der Regel leicht.

Auszug aus der Eingliederungshilfe-Verordnung (EHVO):

§ 1 Körperlich wesentlich behinderte Menschen

Durch körperliche Gebrechen wesentlich in ihrer Teilhabefähigkeit eingeschränkt im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind

1. Personen, deren Bewegungsfähigkeit durch eine Beeinträchtigung des Stütz- oder Bewegungssystems in erheblichem Umfang eingeschränkt ist,
2. Personen mit erheblichen Spaltbildungen des Gesichts oder des Rumpfes oder mit abstoßend wirkenden Entstellungen vor allem des Gesichts,
3. Personen, deren körperliches Leistungsvermögen infolge Erkrankung, Schädigung oder Fehlfunktion eines inneren Organs oder der Haut in erheblichem Umfang eingeschränkt ist,
4. Blinden oder solchen Sehbehinderten, bei denen mit Gläserkorrektur ohne besondere optische Hilfsmittel
 - a) auf dem besseren Auge oder beidäugig im Nahbereich bei einem Abstand von mindestens 30 cm oder im Fernbereich eine Sehschärfe von nicht mehr als 0,3 besteht oder
 - b) durch Buchstabe a nicht erfasste Störungen der Sehfunktion von entsprechendem Schweregrad vorliegen,
5. Personen, die gehörlos sind oder denen eine sprachliche Verständigung über das Gehör nur mit Hörhilfen möglich ist,
6. Personen, die nicht sprechen können, Seelentauben und Hörstummen, Personen mit erheblichen Stimmstörungen sowie Personen, die stark stammeln, stark stottern oder deren Sprache stark unartikulierte ist.

§ 2 Geistig wesentlich behinderte Menschen

Geistig wesentlich behindert im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind Personen, die infolge einer Schwäche ihrer geistigen Kräfte in erheblichem Umfang in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt sind.

§ 3 Seelisch wesentlich behinderte Menschen

Seelische Störungen, die eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch zur Folge haben können, sind

1. körperlich nicht begründbare Psychosen,
2. seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen,
3. Suchtkrankheiten,
4. Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.⁷

Der Katalog der gesundheitlichen Probleme oder Störungen, die eine Behinderung zur Folge haben können, ist in der Eingliederungshilfe-Verordnung nicht abgeschlossen. Dieses ist insbesondere deshalb von Vorteil, weil ganze Gruppen von Menschen mit Behinderung nur mühsam subsumierbar sind. Denken Sie z. B. an Menschen mit Autismus, Menschen mit Demenz oder Epilepsie oder auch an Personen mit erworbenen Hirnschädigungen. Auch aus Sicht der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)⁸ führt die klassische Einteilung von Menschen mit Behinderung der Eingliederungshilfe-Verordnung in körperlich, geistig und seelisch behinderte Menschen in der Praxis häufig zu Problemen. Neben den in der Eingliederungshilfe-Verordnung selbst aufgezählten Diagnosen und Krankheitsbildern würden heutzutage weitere Beein-

⁷ Verordnung nach § 60 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Eingliederungshilfe-Verordnung); Stand: 27.12.2003

⁸ Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Der Behinderungsbegriff nach SGB IX und SGB XII und dessen Umsetzung in der Sozialhilfe, 2007

trüchtigungen und Kombinationen von Beeinträchtigungen geltend gemacht werden. Dies erfordert abwägende Entscheidungen, ob es sich im Einzelfall um eine wesentliche Behinderung handelt.

Bei der ärztlichen Prüfung stehen in der Regel die Feststellungen der „körperlichen Gebrechen“, der „Schwäche der geistigen Kräfte“ bzw. der „seelischen Störungen“ im medizinischen Sinn im Vordergrund. Aussagen zu den Teilhabeeinschränkungen werden in der Regel gemacht, bleiben allerdings häufig und verständlicherweise im Allgemeinen bzw. berichten aus zweiter Hand – wohl auch wegen der begrenzten Anschauung der teilhabekritischen Lebenssituationen und der professionsbezogenen Kompetenzgrenzen.

Die BAGüS geht davon aus, dass Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten dann wesentlich beeinträchtigt sind, wenn eine Person in mehreren Bereichen personelle Unterstützung benötigt. Mindestens seien die Bereiche Selbstversorgung, häusliches Leben / Haushaltsführung, Mobilität, Orientierung und Kommunikation sowie interpersonelle Interaktion und Beziehung hierbei zu prüfen.

Vielleicht ein wenig steil geraten formuliert die BAGüS das zwingende Erfordernis, eine ICF-Klassifikation bzw. eine an den ICF-Kriterien orientierte Würdigung zur Grundlage der Zuordnungsentscheidung hinsichtlich des Personenkreises zu machen.

„Für die Entscheidung über das Vorliegen einer wesentlichen Behinderung und damit für die Zuordnung zum Personenkreis der wesentlich behinderten Menschen ist die Kenntnis von medizinischen Befunden und Diagnosen und den daraus ggf. resultierenden Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit, d.h.

- der Schädigungen der Körperfunktionen, also der Körperstrukturen einschließlich der mentalen Funktionen, sowie
 - der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe,
 - der Kontextfaktoren sowie
 - der personenbezogenen Faktoren
- zwingend notwendig.

Bei der Entscheidung über das Vorliegen einer wesentlichen Behinderung kommt den konkreten Einschränkungen der Teilhabefähigkeit unter Berücksichtigung der im Einzelfall gegebenen Kontextfaktoren besondere Bedeutung zu.

Es handelt sich um eine gerichtlich in vollem Umfang überprüfbare Verwaltungsentscheidung.“⁹

Aus fachlicher Sicht ist dieses zu bejahen. Die ICF stellt eine international anerkannte Systematik und „Sprache“ zur detaillierten Beschreibung von „Behinderung“ bereit, die zunehmend im Bereich der Rehabilitation auch in Deutschland Anwendung erfährt. Eine Abkopplung von dieser Entwicklung wäre fachlich unverständlich und würde die Eingliederungshilfe im Zusammenhang anderer Rehabilitationsträger langfristig kooperationsunfähig machen. Gerade auch im Zusammenwirken mit anderen Rehabilitationsträgern (→ Gesamtplan) muss die Eingliederungshilfe anschlussfähig werden. Einschränkungen beziehen sich vor allem auf zwei Aspekte:

- Vom Stand der Begutachtungspraxis durch niedergelassene Ärzte und Gesundheitsamtsärzte wird die Forderung nach einer ICF-Klassifikation de facto heute und zukünftig nicht umsetzbar sein. Ihre Einlösung erfordert mit Sicherheit erheblichen Bildungs- und Umsetzungsaufwand und einen multiprofessionellen Gutachterdienst.

⁹ BAGüS, a.a.O.

- Weiterhin geht es nicht um eine vollständige rehabilitationswissenschaftliche Klassifikation der Lebenssituation einer Person innerhalb einer Aufstellung von Gesundheit und gesundheitsbezogenen Bereichen, sondern um eine zielgerichtete Feststellung des Vorliegens der Leistungsvoraussetzungen für Eingliederungshilfe. Deshalb ist an dieser Stelle des Verfahrens zu prüfen, wie tief die Analyse mit Blick auf den Zweck und die gebotene Sparsamkeit der Datenermittlung (→ Verwaltungsökonomie, → Sozialdatenschutz) notwendigerweise gehen muss, wenn in einer zweiten Stufe der individuelle Hilfebedarf konkreter eruiert wird. Eigentlich müsste die Weitergabe des im Einzelfall ermittelten Klassifikationsschlüssels durch den Gutachterdienst an den Sozialleistungsträger ausreichen.

4. Ermittlung des Hilfebedarfs

Die Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs muss im Zusammenhang der Eingliederungshilfe den Grundsätzen der Sozialhilfe entsprechen, insbesondere die Besonderheit des Einzelfalls in den Blick nehmen und vollständige Bedarfsdeckung ermöglichen.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG)¹⁰ geht es darum, eine Hilfebedarfsermittlung durchzuführen, die es ermöglicht, die am besten geeignete Hilfe (optimale Hilfe) zu ermitteln. Ich erinnere daran, dass das BVerwG im Kontext der Eingliederungshilfe die Aufzählung des § 53 Abs. 3 SGB XII zu einer Rangfolge der Hilfen¹¹ machte und schloss, dass zur Bedarfsdeckung nicht die (noch) ausreichende, sondern die am besten geeignete Hilfe zu erbringen sei.

Bei psychosozialen Teilhabeleistungen spielen die Beziehung und das Vertrauen zwischen Leistungsberechtigtem und Dienstleister eine große Rolle. Vertrauen ist die Voraussetzung für wirksame personenzentrierte Unterstützungsarbeit, z. B. wenn es um die Aussöhnung mit dem Lebensschicksal geht, um Sinn- und Glaubensfragen oder um Fragen von Sexualität und Partnerschaft. Dies gilt natürlich auch bei der Ermittlung der erforderlichen Hilfen. Der Hilfeplanungsprozess hat selbst in der Regel Maßnahmecharakter und kann nur erfolgreich sein, wenn die Bedingungen für die Koproduktion des Ergebnisses optimal sind. Hier muss den Wünschen des Leistungsberechtigten hinsichtlich der Auswahl der/des Gesprächspartnerin/s Rechnung getragen werden, sonst besteht die Gefahr, dass die Bedarfsermittlung unvollständig bleibt oder verzerrt wird¹².

4.1 Reichweite/„Tiefe“ der Hilfebedarfsermittlung

Bezüglich dieser Prozessstufe ist zu entscheiden, ob nach dem Gesamtfallgrundsatz die im individuellen Fall vorhandenen Gegebenheiten umfassend ermittelt werden müssen

¹⁰ BVerwG;Urt. v. 31.8.95 - 5C 9/94, NJW 93/98, 2588, 2589

¹¹ Rangfolge nach BVerwG in § 53 Abs. 3 SGB XII: Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, (1) eine drohende Behinderung zu verhüten oder (2) eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder (3) zu mildern und (4) die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

¹² Z. B. ist dem häufiger vorgetragenen, nachvollziehbaren Wunsch nach einer gleichgeschlechtlichen Gesprächspartnerin unbedingt Rechnung zu tragen. Denken Sie nur an die chronisch psychisch kranke Frau, deren Krankheitsauslöser in einer Vergewaltigung bestand.

oder ob eine Teilanalyse der individuellen Situation bezogen auf die begehrte Hilfe ausreichend ist.

Grundsätzlich muss der Sozialhilfeträger eine umfassende Analyse nach dem Gesamtfallgrundsatz durchführen, wenn dies vom Leistungsberechtigten gewünscht wird¹³. Werden demgegenüber allerdings nur ausgewählte, spezifische Unterstützungsleistungen begehrt und wird die Ermittlung weitergehender Unterstützungsleistungen definitiv abgelehnt, kann sich der Sozialhilfeträger m. E. auf eine Teilanalyse der individuellen Situation beschränken. Hier muss eine nachvollziehbare Abwägung stattfinden, die die Selbstbestimmung und das Wunsch- und Wahlrecht von Menschen mit Behinderung ebenso berücksichtigt, wie das Recht nur die Rehabilitationsleistungen in Anspruch zu nehmen, die individuell vom Leistungsberechtigten akzeptiert werden.

4.2 Instrumente

Dr. Heidrun Metzler¹⁴ hat bei der angesprochenen Tagung des Deutschen Vereins dargestellt, dass die Zahl der Instrumente (die allerdings zum Teil in unterschiedlichen Varianten und Normierungen verwendet werden) zur Ermittlung des Unterstützungsbedarfs im stationären Kontext relativ übersichtlich sei. Es handelt sich im Kern um weniger als 10 Verfahren. Im ambulanten Bereich haben sich jedoch eine Vielzahl von Verfahren entwickelt. Ebenso ist dies für den Bereich des Persönlichen Budgets zu erwarten.

Grundsätzlich sind dabei Assessment-Verfahren, wie beispielsweise das HMB- („Metzler“) - Verfahren, und Verfahren, die eine Systematik zur Hilfeplanung bzw. Evaluierung beinhalten, wie z. B. der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) der Aktion Psychisch Kranke oder beispielweise der Individuelle Hilfeplan (IHP) des Landschaftsverbands Rheinland, zu unterscheiden.

4.2.1 Assessment-Verfahren

Das HMB-Verfahren wurde vor mehr als 10 Jahren im Auftrag der Fachverbände der Behindertenhilfe entwickelt. Im Zusammenhang der Umsetzung der §§ 93 ff. BSHG sollte ein schlankes Assessment-Instrument bereitgestellt werden, das eine Zuordnung von Menschen mit Behinderung zu Gruppen von Personen mit vergleichbarem Hilfebedarf ermöglicht. Es handelt sich hier nicht um ein Verfahren zur Hilfeplanung, sondern um eine expertenbasierte Beurteilung des Hilfebedarfs¹⁵ und seiner relativen Quantität. Egal wie man es inhaltlich bewerten mag, es erfüllt auch heute noch in vielen Bundesländern seinen Zweck und verknüpft Punktwerte mit Gruppenzuweisungen und Vergütungsstrukturen. Dem Verfahren liegt keine Orientierung an Schädigungen bzw. Beeinträchtigungen zu Grunde, sondern in Entsprechung zur ICF wird den Bereichen Aktivitäten und Teilhabe schwerpunktmäßig Aufmerksamkeit gewidmet.

¹³ Sofern eine gesetzliche Betreuung mit einschlägigem Wirkungskreis vorliegt (bzw. erforderlicher Weise angeregt wird) erscheint es grundsätzlich sinnvoll, eine vollständige Hilfebedarfsprüfung durchzuführen, um mögliche Leistungsverkürzungen von vornherein auszuschließen.

¹⁴ Metzler, Heidrun, Instrumente der Bedarfsermittlung in Deutschland – ein Überblick, DV, 02./03.04.2008, Berlin

¹⁵ Prinzipiell ist zwar eine Partizipation der Leistungsberechtigten durch alltagsnahe Sprache und die Fragebogenform möglich, im Alltag werden die Ergebnisse oft reine Expertenangaben bzw. nicht selten überlagert von der Expertensicht der durchführenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Hier liegt der Grund, dass Dr. Klaus Wingenfeld vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld unlängst große inhaltliche Übereinstimmungen zwischen dem HMB-Verfahren und dem Assessment auf der Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (NBA = Neues Begutachtungs-Assessment) festgestellt hat¹⁶. Sowohl in der Zielsetzung (quantifizierte Zuordnung nach Pflegestufen bzw. Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf), als auch in Bezug auf die ICF (Aktivitäten und Teilhabe) haben die Verfahren ähnliche Grundlagen. Nach Urteil von Dr. Wingenfeld ist das Pflege-Assessment aufwändiger, meist differenzierter, erfasst explizit präventionsrelevante Risiken und Ansatzpunkte für Ressourcenförderung. Nicht erfasst vom NBA sind u. a. spezifische Aspekte der Gestaltung sozialer Beziehungen, Fragen von Bildung, Schule, Arbeitsplatz usw., Aspekte der individuellen Lebensplanung und Fragen zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil.

Man kann als Behindertenhilfefachmann anerkennen, dass das Pflege-Assessment der Bielefelder Forschergruppe nach allem, was bislang bekannt ist, ein solide konstruiertes, praxistaugliches und pflegewissenschaftlich auf der Höhe der Zeit befindliches Instrument zu sein scheint. Das wird sich aber erst nach Abschluss der Begleitforschung endgültig beurteilen lassen. Interessant für unsere Zusammenhänge ist, dass das NBA in der Pflege von ärztlich-pflegerisch qualifizierten Gutachtern in der Wohnung, die als primärer Lebensraum von Pflegebedürftigen angesehen wird, durchgeführt wird. Von der Pflege lernen heißt hier, im Zusammenhang von Assessments zum Zwecke der sozialen Rehabilitation einen multiprofessionellen (Heil- und Sozialpädagogik, Psychologie, Medizin, Pflege) Gutachterdienst vorauszusetzen, der den Teilhabebedarf, die Ressourcen und Probleme in vivo in den relevanten Teilhabebereichen feststellt.

Möglicherweise ist das NBA dem HMB-Verfahren, das aus rehabilitationswissenschaftlicher Perspektive entwickelt wurde, an manchen Überschneidungspunkten überlegen. Es ist eben auch 10 Jahre jünger und unter guten Entwicklungsbedingungen entstanden. Das HMB-Verfahren beinhaltet jedoch weitere Gegenstandsbereiche, die im Leben von Menschen mit Behinderung eine wesentliche Rolle spielen. Dies zeigt u. a., dass die pflegewissenschaftliche Perspektive nicht geeignet ist, Teilhabebedarfslagen in der Eingliederungshilfe zu beurteilen. Die Pflegewissenschaft kann ohne Zweifel wichtige Beiträge leisten, denn Eingliederungshilfe schließt Pflege ein. In der Eingliederungshilfe jedoch geht es um die weitere Perspektive der sozialen und beruflichen Rehabilitation.

Assessments erfüllen typischerweise folgende Zwecke:

- detaillierte und standardisierte Erfassung und qualitative Beschreibung von Problemen und Ressourcen durch Experten
- quantifizierbare Aussagen zu relevanten Zuordnungskriterien zu vorab definierten Gruppe (Pflegestufen) zum Anschluss an Vergütungssysteme (→ überindividuell einheitliche Ressourcensteuerung)
- Ergebnisse guter Assessment-Verfahren leisten Beiträge zur Formulierung von Rehabilitationszielen (bzw. im NBA-Fall von Pflegezielen) und können Grundlagen für die Formulierung und Aushandlung von Maßnahmeplanungen bilden.

¹⁶ Wingenfeld, Klaus, Bericht vor dem BMG-Beirat zur Überprüfung und Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs: „Neues Begutachtungs-Assessment (NBA) und Verfahren zur individuellen Bedarfsfeststellung“, 27.08.2008

Im Zusammenhang der Beurteilung von Hilfebedarfslagen im Rahmen der Eingliederungshilfe haben Assessment-Ergebnisse Indizcharakter.

4.2.2 Systematiken zur Hilfeplanung bzw. Evaluierung

Die besonderen Stärken der wichtigen Hilfeplanungsverfahren wie z. B. dem weit verbreiteten integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) oder auch dem individuellen Hilfeplanverfahren (IHP) des Landschaftsverbandes Rheinland bestehen darin, dass sie beteiligungsorientiert sind, nicht den Expertenblick zur Grundlage machen wollen, sondern Gesprächs-, Überprüfungs- und Aushandlungsprozesse strukturieren sollen, die im Ergebnis die Planung der individuell notwendigen und bedarfsdeckenden Hilfen beinhalten.

Die neuen Verfahren wie der IHP, ITP und THP versuchen, dem Paradigmenwechsel der Behindertenhilfe Rechnung zu tragen. Idealerweise wird unabhängig von Art und Schwere der Behinderung und den sich hieraus ergebenden Unterstützungsbedarfen der Mensch mit Behinderung oder psychische Erkrankung und seine Vorstellung von einem gelingenden Leben zum Ausgangspunkt aller Unterstützungsüberlegungen. Die Grundthese heißt: Der Mensch mit Behinderung ist Experte seiner Lebenssituation und muss ganz wesentlich die fachliche Hilfe bestimmen, die ihm die gewünschte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht. Die persönlichen Ziele, die aktuelle Situationsbeschreibungen, die Benennung vorhandener Probleme und Ressourcen und die notwendigen konkreten Maßnahmen werden zwischen Unterstützter und Klient individuell verhandelt.

Die Ermittlung des Hilfebedarfs ist kein isolierter analytischer Schritt, sondern wird integriert über verschiedene Stufen des Prozesses vollzogen. Der Hilfebedarf ist wesentlich abhängig von den persönlichen Zielen, die ein Leistungsberechtigter verfolgt. Aber leider auch nicht nur, sonst kann die Selbstbestimmung zur wohlfeilen Begründung minimaler Hilfezusagen geraten. Wenn man die Ergebnisse der IH-NRW-Studie zugrunde legt, erfahren Menschen mit Behinderung in aller Regel im Prozess der Hilfeplanung nichts Neues. Es gibt keine zusätzlichen, anregenden Auskünfte über alternativ vorstellbare Ziele, Entwicklungsmöglichkeiten, Unterstützungsformen, etc. Was bleibt vom Partizipationsanspruch ohne Kenntnis von Optionen? Aus diesem Grund sind elementare Informations- und Bildungsprozesse zwingend zum Bestandteil von Hilfeplanungsprozessen zu machen.

Z. T. wird die Hilfebedarfsermittlung durch Checklisten zu spezifischen Kompetenzbereichen unterstützt wie beim IHP („Fähigkeiten und Ressourcen“, „Störungen und Beeinträchtigungen“, jeweils mit Intensitätsstufen zu den Items).

Die Verfahren sind in der Regel unabhängig von Leistungsformen (ambulant/stationär) verwendbar und ergebnisoffen. Sie sind im Hinblick auf das Vorgehen standardisiert, nicht jedoch bzw. nur teilweise bzgl. der Inhalte. Alle gängigen Verfahren haben einen, wenn auch zum Teil eingeschränkten, ICF-Bezug.

Der Zusammenfügung von Zielbestimmung, Hilfebedarfsermittlung und Maßnahmeplanung im Wege eines Aushandlungsprozesses liegt u. a. die Überzeugung zu Grunde, dass diese Schritte nicht künstlich voneinander abzukoppeln und logisch zu trennen

sind, sondern unter dem Primat der persönlichen Zielstellung eine je unterschiedliche Ausgestaltung erfahren. Nur in ihrer Verbindung soll eine individuell passförmige, bedarfsdeckende Gestaltung der Unterstützungsprozesse bei gleichzeitiger sozialhilfetyptischer Wirtschaftlichkeit und Ressourcensteuerung erreicht werden.

Eine standardisierte Bemessung mit relativer Einordnung des Hilfebedarfs in quantitativer Hinsicht wie bei den Assessment-Verfahren unterbleibt. Unterstützungsleistungen werden in ihrer Qualität und Quantität auf der Basis der individuellen Ziele im Aushandlungsprozess bemessen, was je nach beteiligten Personen auch zu erheblich unterschiedlicher Verwirklichung von Leistungsansprüchen führen kann. Gleichwohl wird die Hilfeplanung in der Regel ausgiebig und nachvollziehbar dokumentiert und dem Sozialhilfeträger als Entscheidungsgrundlage zur Verfügung gestellt.

Mit Blick auf den Sozialdatenschutz und die Verhältnismäßigkeit der Datenerhebung im Zusammenhang der Gewährung und Bemessung von Sozialleistungen muss m. E. ernsthaft geprüft werden, ob der Sozialhilfeträger tatsächlich so tief in persönliche Lebensgeschichten Einblick haben muss. Bislang ist es jedoch selbst im Zusammenhang des Persönlichen Budgets nicht gelungen, Hilfebedarfsfeststellung und Bemessung der Leistungen in Geld unabhängig von der konkreten Dienstleistungsausgestaltung festzulegen, obwohl es hier besonders nahe liegt. Denn es ist gerade das Wesen des Persönlichen Budgets, dass seine konkrete Verwendung der Planung und Steuerung des Budgetnehmers selbst unterliegen soll und den Sozialhilfeträger nur wenig angeht.

5. Anforderungen an ein zukünftiges Verfahren zur Feststellung der Behinderung und des Hilfebedarfs

Ich nenne im Folgenden aus meiner Sicht wichtige und unverzichtbare Aspekte. Damit wird nicht der Anspruch verbunden, alle Aspekte abschließend aufzunehmen und zu würdigen.

5.1 Einheitlichkeit

Ich halte nach wie vor an der Forderung nach der Bundeseinheitlichkeit des Verfahrens zur Feststellung der Behinderung und des Hilfebedarfs fest, auch wenn ich realistisch davon ausgehe, dass es vermutlich in einem ersten Schritt nur gelingt, einen orientierenden Korridor zu beschreiben. Dies muss sich weiterentwickeln zu konkret überprüfbaren Mindeststandards.

Die Einheitlichkeit schafft die Grundlage für eine gleichmäßige Rechtsanwendung und damit Rechtssicherheit für die Leistungsberechtigten, in dem das Verfahren und seine Inhalte der gerichtlichen Überprüfung unterliegen und über Rechtsprechung weiterentwickelt werden. Dieses ist umso eingeschränkter, je kleiner der regionale Bezugsraum und damit die Anzahl möglicher, zum Widerspruch auffordernder Verfahren ist. Auch ist die Verbraucherschutzfunktion von Selbsthilfegruppen und Betroffeneninitiativen ebenso wie die der freien Wohlfahrtspflege in ihrer Wirksamkeit behindert, je zersplitterter die Landschaft sich gestaltet. Zudem behindert die Vielfalt der Verfahren die praktische Umsetzung des Rechts auf Freizügigkeit behinderter Bürgerinnen und Bürger.

Es ist davon auszugehen, dass mit der Entwicklung teilhabewissenschaftlicher Erkenntnisse sowohl zu Inhalten der Eingliederungshilfe als auch zu Verfahrensanforderungen (z. B. Anforderungen an valide und reliable Begutachtungsverfahren) die Rechtsprechung zu einer bundesweiten Vereinheitlichung beitragen wird. Welcher Sozialrichter sieht sich denn heute noch in der Lage, z.B. durch Gutachtenauftrag die Erkenntnisse einer Hilfekonferenz zu überprüfen, so wie er früher die Verwaltungsentscheidung eines Sachbearbeiters überprüft hätte? Liegen aber erst – und dahin muss es kommen! – wissenschaftliche Erkenntnisse dazu vor, wie behinderte Menschen wirklich – und nicht nur formal-verfahrensmäßig – an Entscheidungen wie denen der Hilfekonferenzen beteiligt werden können, welche sie ja selbst betreffen, dann werden Hilfeplanverfahren, welche diesen Erkenntnissen nicht entsprechen, auch gerichtlich angreifbar. Die Implementation bzw. Stärkung teilhabewissenschaftlicher Forschung wird so mittelbar zu bundesweit einheitlichen Anforderungen an die Ausgestaltung der Hilfe für behinderte Menschen, aber auch an die Ausgestaltung der Verfahren zur Hilfestellung führen.

5.2 ICF als verbindliche und verbindende Grundlage

Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedete internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bildet die Grundlage für die Feststellung der Behinderung und die Ermittlung des Hilfebedarfs im Rahmen der Eingliederungshilfe und sichert in ihrer Universalität die Anschlussfähigkeit an andere rehabilitative und gesundheitsorientierte Leistungssysteme sowie wissenschaftliche Forschung.

Die Perspektive der ICF ist zwingend interdisziplinär und nicht auf eine leistungsrechtliche Perspektive verengt.¹⁷ Alle im Zusammenhang der Feststellung der wesentlichen Behinderung und des Hilfebedarfs verwendeten Instrumente müssen der Terminologie (Begrifflichkeit) der ICF folgen und eine differenzierte Analyse der individuellen Gegebenheiten auf der organismischen, individuellen und sozialen Ebene ermöglichen. Kontextfaktoren (Umwelt und Person) sind i. S. von Förderfaktoren und Barrieren zu berücksichtigen.¹⁸

5.3 Feststellung der wesentlichen Behinderung

Die Feststellung der wesentlichen Behinderung als Leistungsvoraussetzung im Rahmen der Eingliederungshilfe wird zukünftig in einer überprüfbaren ICF-Klassifikation auszudrücken sein.

Es ist davon auszugehen, dass hierfür ein multidisziplinärer Gutachterdienst notwendig ist, der Aktivitäts- und Teilhabeeinschränkungen, nebst persönlichen und Umweltressourcen und bestehende Probleme in vivo in den relevanten Teilhabebereichen in überprüfbarer Weise feststellt.

¹⁷ Die leistungsrechtliche Einordnung muss auf die ICF-Analyse aufsetzen und kann erst im Nachgang erfolgen.

¹⁸ Seidel, Michael, Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO – Was bedeutet sie für die Hilfebedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe?, DV, 02./03.04.2008, Berlin

5.4 Multidisziplinärer Gutachterdienst

Eine Fehlsteuerung und Fehlallokation hinsichtlich der Leistungen der Eingliederungshilfe ist weder mit Blick auf jeden einzelnen Leistungsberechtigten vertretbar noch mit Blick auf die knappen finanziellen Ressourcen bei gleichzeitig großer Fallzahl. Deshalb ist insbesondere dem Klärungsprozess hinsichtlich des Vorliegens der Voraussetzungen (→ wesentliche Behinderung) und des Leistungsrahmens (→ Assessment) besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

In Entsprechung zu den Zielen und Aufgaben der Eingliederungshilfe muss ein Gutachterdienst multidisziplinär angelegt sein und insbesondere über (sozial-/ heil-/ behinderten-) pädagogische Kompetenz verfügen, sozialarbeiterisches, psychologisches, therapeutisches und ärztliches Wissen bündeln sowie pflegerische und alltagsablaufbezogene Problematiken beurteilen können.

5.5 Feststellung des Hilfebedarfs und systematische Hilfeplanung

Ein rehabilitationswissenschaftliches Assessment-Verfahren zur detaillierten Erfassung und qualitativen Beschreibung von Problemen und Ressourcen durch Experten, das zu quantifizierbaren Aussagen zur einheitlichen Ressourcensteuerung führt, wird ebenso benötigt, wie eine funktionsbezogene, partizipativ ausgestaltete, personenzentrierte Systematik zur Hilfeplanung und Evaluierung. M. E. haben beide Elemente ihre Berechtigung und ihren Wert. Bei Anwendung beider Vorgehensweisen werden Vorteile verstärkt und vorhandene Nachteile minimiert.

Dabei ist als führendes System grundsätzlich das individuelle Hilfeplanungsverfahren anzusehen, da es die individuellen Zielstellungen zum Ausgangspunkt aller Unterstützungsleistungen macht.

Grundsätzlich kann man Dr. Wingenfeld darin zustimmen, dass „ die Formulierung eines individuellen Bedarfs [...] auf die Definition von [*persönlichen*] Zielen angewiesen“ [*ist*] und dass „systematisch betrachtet [...] die Begutachtung keine Entscheidung über Leistungsansprüche vorwegnehmen [*kann*], die sich aus der individuellen Hilfeplanung im Bereich der Eingliederungshilfe ergeben“¹⁹.

Das Assessment-Verfahren dient v. a. der überindividuell orientierten Plausibilitäts- und Vollständigkeitsprüfung hinsichtlich der Leistung nach Form, Inhalt und Umfang. Es beschreibt durch seine Verknüpfung zur Ressourcenbemessung auch den möglichen Leistungsrahmen. Zudem kann es Grundlage bzw. Hilfe bei der Formulierung von Rehabilitationszielen und Maßnahmeplanungen für Personen sein, die sich selbst hinsichtlich ihrer persönlichen Ziele und Unterstützungswünsche nicht äußern. Das anzuwendende Assessment-Verfahren muss hilfeformunabhängig anwendbar sein.

Das Hilfeplanungsverfahren ist grundsätzlich ergebnisoffen hinsichtlich Form, Inhalt und Umfang der Leistungen. Es wird vom Leistungsberechtigten mit einer Person seiner Wahl (i. d. R. aus einer Beratungsstelle oder Einrichtung) durchgeführt.

¹⁹ Wingenfeld, a.a.O.; Hervorhebungen und sinngemäße Ergänzungen vom Verfasser

5.6 Vollständige Information, anwaltschaftliche Beratung und persönliche Begleitung im Prozess

Zu beachten ist in diesem Zusammenhang das Recht auf Beratung nach § 11 SGB XII. Hiernach ist der Sozialhilfeträger verpflichtet Leistungsberechtigte zu beraten und soweit erforderlich zu unterstützen, u. a. auch um die notwendigen Leistungen zu erlangen. Darüber hinaus sind die Servicestellen mögliche Informations- und Unterstützungsquellen. In der Praxis wenden sich Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung jedoch weit überwiegend an Beratungsstellen und Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege sowie Selbsthilfegruppen und Betroffeneninitiativen, da sie hier konkrete fachliche Expertise, anwaltschaftliche Unterstützung und persönliche Begleitung im Prozess der Leistungsklärung erwarten dürfen.

Nicht hinnehmbar ist beispielsweise die Regelung in Schleswig-Holstein, die anwaltschaftliche Mitwirkung von Vertretern des Leistungserbringers an der Teilhabeplanung ausschließt, weil hier grundsätzlich von einer Kollision mit dessen wirtschaftlichen Interessen ausgegangen wird. Im dortigen Landesrahmenvertrag heißt es: „ Zur Stärkung der Position der behinderten Menschen und ihrer Fürsprecher soll die unternehmerische Anbieterfunktion vom sozialanwaltschaftlichen Anspruch der Wohlfahrtsverbände abgegrenzt werden“. Dieser Vorwurf geht solange ins Leere, solange nicht dargelegt wurde, dass die Bemühungen der Sozialhilfeträger ausschließlich der Sicherung der Rechte und des Wohls der Bürgerinnen und Bürger dienen und zu keinem Zeitpunkt sozialplanerische oder fiskalische Interessen den Einzelfall dominieren.

Beide Wege sind offen zu halten und es ist der Wahlentscheidung des Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung zu überlassen, wem er mehr Vertrauen entgegenbringt und bei welchen Partnern er sich mit seinen Anliegen besser aufgehoben und begleitet fühlt.

Die Begleitung durch gesetzliche Betreuer im Gesamtprozess ist selbstverständlich, sofern diese vorhanden sind.

5.7 Wahrung des Wunsch- und Wahlrechts

Wunsch- und Wahlrechte von Leistungsberechtigten sind in vielfacher Hinsicht zu beachten. U. a. ist Folgendes zu sichern:

- verschiedene Möglichkeiten zur selbstbestimmten Information
- Bestimmung von persönlichen Prozessbegleitern
- Auswahlmöglichkeiten hinsichtlich der Person von Gutachtern
- Entscheidung zur Person des/der Hilfeplaners/in
- Bestimmung über Leistungsform (ambulant/stationär)
- Auswahl von spezifischen Leistungsanbietern
- Begrenzungsmöglichkeiten hinsichtlich der im Verfahren zu beteiligenden Personen

5.8 *Transparenz und Überprüfbarkeit*

Verwaltungsverfahrensschritte sind transparent und überprüfbar zu gestalten. Grundsätzlich ist ein Bescheid zu erteilen hinsichtlich

- der Feststellung der wesentlichen Behinderung,
- der Art und des Umfangs des ermittelten Hilfebedarfs und
- der gewährten Leistungen.

Jeder Verfahrensschritt ist dem Leistungsberechtigten hinsichtlich des Ziels, des angestrebten Ergebnisses, der eingesetzten Methoden und des Vorgehens im Zeitverlauf sorgfältig zu erklären. Dabei sind insbesondere auch die verschiedenen Rollen und Aufgaben der beteiligten Personen zu erläutern.

5.9 *Sicherung der Vertraulichkeit und des Schutzes persönlicher Geheimnisse*

Besondere Sorgfalt ist auf den Sozialdatenschutz zu legen und darauf, den Kreis der einbezogenen Gutachter und sonstigen Professionellen auf das absolut notwendige Mindestmaß zu begrenzen. Dies schließt die Vermeidung von Mehrfachbegutachtung ein. Von Offenlegungsansinnen hinsichtlich persönlicher Lebensumstände und Geheimnisse in Gruppen ist abzusehen.

6. Konvergenzfördernder Forschungs- und Entwicklungsauftrag

Die Landschaft in Deutschland ist reichhaltig gefüllt mit interessanten Ansätzen zur Klärung der notwendigen Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe. Viele konstruktive Ideen sind formuliert bzw. in Verfahrensschritte gegossen. Wünschenswert ist aus den dargelegten Gründen ein Konvergenzprozess, der das gewonnene Wissen aufnimmt und weiterführt. Dies kann mit einem aufwändigen und vom Bund zu finanzierenden und der ASMK unterstützten Forschungs- und Entwicklungsprojekt gelingen, dessen Ergebnis so überzeugend sein muss, dass es einen wirksamen Beitrag zur Vereinheitlichung der Verfahren leistet.

Michael Conty

Vorsitzender des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe e. V.

v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel

Stiftungsbereich Behindertenhilfe

Geschäftsführer

☐ Maraweg 9, 33617 Bielefeld

☎ 0521 144-4924

✉ michael.conty@bethel.de

www.behindertenhilfe-bethel.de / www.bethel.de