

*Diskussionspapier*

# Auf dem Weg zur Inklusion

**Die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe innerhalb eines Gesamtkonzeptes zur Betreuung und Versorgung alter, pflegebedürftiger und behinderter Menschen**

---

*Die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe im Rahmen es Gesamtkonzeptes benötigt*

- *eine klare Zielsetzung,*
- *die Identifikation von geeigneten Ansatzpunkten für eine förderliche Rechtsentwicklung und zielorientierte Leistungspraxis sowie*
- *die Entwicklung von Strategien für eine erfolgreiche Umsetzung.*

*Hierzu will dieses Diskussionspapier einen Beitrag leisten. Wegen der Komplexität der Fragestellung werden dabei nicht alle in der fachpolitischen Auseinandersetzung angesprochenen Themen behandelt (z. B. Fragen der beruflichen Rehabilitation und der Teilhabe am Arbeitsleben). Vielmehr geht es um das Aufzeigen einer möglichen Richtung für die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe.*

*Die skizzierten Bausteine für ein Gesamtkonzept zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe sind nicht beliebig einzeln heraustrennbar und mit anderen Elementen neu zu konfigurieren, sondern stehen in einem Zusammenhang.*

Die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung<sup>1</sup> ist im politischen Raum verstärkt in die Diskussion gekommen. Anlass ist vor allem die Steigerung der notwendigen finanziellen Aufwendungen für Menschen mit Behinderung. Dabei ist keine Ausweitung der Leistungen oder der Qualität zu beobachten, sondern ein deutliches Ansteigen der Zahl der Anspruchsberechtigten<sup>2</sup>. Vor allem geht dies darauf zurück, dass erstmals in der Geschichte der Bundesrepublik nach den Krankentötungen in der Zeit des Nationalsozialismus durch wesentliche Verbesserungen der psychosozialen Versorgung und medizinischen Fortschritt Menschen mit Behinderung ein höheres Alter erreichen, und somit die Gruppe der Menschen mit Behinderung erstmals die volle demografische Breite erlangt. Die öffentliche Hand, allen voran die Sozialhilfeträger, betonen angesichts dieser Entwicklung, dass die Eingliederungshilfe finanzierbar bleiben muss<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Mit dem Begriff „Menschen mit Behinderung“ sehen wir sowohl Menschen mit geistiger, körperlicher und komplexer Behinderung erfasst wie auch Personen mit psychischer Erkrankung oder Abhängigkeitserkrankung, die Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII haben.

<sup>2</sup> Finke, Bernd / BAGüS, Entwicklung der Fallzahlen in der Eingliederungshilfe, NDV 2007, S. 33-44; DV-Stellungnahme: Entwicklung der Sozialhilfeausgaben für Hilfen für Menschen mit Behinderungen – Der Bundestag muss tätig werden – NDV 2003, S. 121 ff.

<sup>3</sup> so zuletzt wieder die BAGüS in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze v. 07.08.2006

Für die Gruppe der Menschen mit geistiger, körperlicher und seelischer Behinderung, deren Anliegen der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) unterstützt, geht es vor allem um die Wahrung ihrer Rechte als Bürgerin und Bürger Deutschlands, die Herstellung gesellschaftlicher Teilhabe durch personenzentrierte Unterstützung und die Sicherung der materiellen und sozialen Grundlagen für ein selbstbestimmtes Leben. Hiermit korrespondiert die aus der internationalen Fachdiskussion stammende Zielvorstellung der Inklusion, die Leitbildcharakter für die behindertenpolitische Entwicklung vieler Länder der Vereinten Nationen und der Europäischen Union hat. Der Anschluss an den Erkenntnis- und Entwicklungsstand unserer europäischen Nachbarn muss auch in der deutschen Rechtsordnung und natürlich insbesondere in den sozialen Sicherungssystemen erfolgen. In unseren Nachbarländern sind **Antidiskriminierung und Nachteilsausgleich** im Verhältnis zur öffentlichen Hand ebenso wie **Inklusion bzw. umfassende Teilhabe als Merkmal der Bürgergesellschaft** längst zielführende staatliche Ordnungsprinzipien. Mit den verschiedenen gesetzlichen Initiativen seit der Ergänzung des Artikel 3 GG (v. a. Gleichstellungs- und Antidiskriminierungsgesetzgebung, SGB IX) sind zwar wesentliche Voraussetzungen für die Ankoppelung Deutschlands an die fortgeschrittene internationale Entwicklung geschaffen, jedoch wirft die konkrete Umsetzung noch viele Probleme auf.

Der Gedanke **der Wunsch- und Wahlmöglichkeit** ist 2001 durch das SGB IX als ein Grundprinzip für die Gewährung der Rehabilitations- und Teilhabeleistungen, d.h. auch der Eingliederungshilfe, normiert worden. In der Praxis der Hilfgewährung ist es für Leistungsberechtigte aber oft noch mühsam oder gar unmöglich, ihr Wunsch- und Wahlrecht umzusetzen. Der BeB sieht einen wichtigen Impuls zur weitergehenden Verwirklichung von Wunsch- und Wahlmöglichkeiten im Anliegen der Bundesregierung<sup>4</sup>, ein Gesamtkonzept zur Betreuung und Versorgung alter, pflegebedürftiger und behinderter Menschen und zu ihrer Teilhabe am Leben der Gesellschaft zu realisieren. Der Ansatz der Bundesregierung, ein solches Gesamtkonzept durch den Ausbau ambulanter Hilfen, durch ihre Verzahnung mit stationären Angeboten und durch „Hilfen aus einer Hand“, insbesondere durch Gewährung Persönlicher Budgets, zu verfolgen, entspricht aus Sicht des BeB dem Bedarf und Wunsch vieler behinderter Menschen nach einem möglichst normalen, selbstbestimmten Leben in ihrer Kommune mit individuell bedarfsgerechten Hilfen.

Der BeB schließt sich der Meinung des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (DV)<sup>5</sup> an, dass es bei einem „Gesamtkonzept“ nicht um ein einheitliches Leistungsrecht für sehr verschiedene Zielgruppen (alte, pflegebedürftige und behinderte Menschen) gehen kann. Vielmehr sind neben der Identifizierung von Gemeinsamkeiten in den Interessenlagen der Zielgruppen und der Synergieerschließung die Besonderheiten der Bedarfslagen wahrzunehmen sowie aktuelle wie sich künftig abzeichnende Bedarfslagen abzusichern.

Mit einem „Gesamtkonzept“ würde der Konvergenzansatz des SGB IX fortgesetzt. Diese politische Richtung erscheint konsequent und ist begrüßenswert. Zugleich aber auch angesichts der aus dem Bereich des SGB IX seit dessen Inkrafttreten bekannten Umsetzungsprobleme sehr anspruchsvoll.

---

<sup>4</sup> Koalitionsvertrag v.11.11.2005, Zeile 4203-4204

<sup>5</sup> DV, Erste Überlegungen für ein Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen und ihrer Teilhabe am Leben der Gesellschaft, DV 11-06 v. 3.5.06, NDV 6/06, 306-310.

Zur Aufhebung von Diskriminierung hinsichtlich der Teilhabechancen am gesellschaftlichen Leben ist die Einführung eines **Leistungsgesetzes für behinderte Menschen** erforderlich. Neben dem Grundsatz der einkommensunabhängigen Bedarfsdeckung ist hierin auch der Grundsatz der Individualisierung zu verankern. Durch die gesetzliche Berücksichtigung behinderungsbedingter besonderer Bedarfslagen würde eine möglichst gleichberechtigte Ausgangslage zwischen behinderten und nichtbehinderten Menschen bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben hergestellt.

Die umfassende Teilhabe behinderter Menschen verlangt eine erheblich veränderte, nämlich **barrierefreie Infrastruktur**. Dies beinhaltet nicht nur entsprechende Veränderungen der baulichen Umwelt, sondern verlangt ein alle Politik- und Gesellschaftsbereiche erfassendes Vorgehen, um die Voraussetzungen für Teilhabe von Menschen mit Behinderung als Bürgerinnen und Bürger in allen relevanten Kontexten und Rollen zu ermöglichen. Das Ziel, ein gesellschaftliches „universal design“<sup>6</sup> zu erarbeiten, ist aus heutiger Sicht visionär, gleichwohl beschreibt es die Richtung der notwendigen Entwicklung. Erste Schritte in diese Richtung sind

- der konsequente Abbau von baulichen und sozialen Barrieren in der jeweiligen kommunalen Infrastruktur,
- die konsequente Entwicklung einer trägerübergreifenden regionalen Bedarfsermittlung und Angebotsplanung unter Einbezug der Menschen mit Behinderung und ihrer Vertrauenspersonen,
- die Förderung ambulanter Unterstützung und betreuter Wohnmöglichkeiten und
- Die Schaffung ergänzender Begegnungs- und Beratungsmöglichkeiten.

Darüber hinaus ist die gesetzliche Anerkennung der besonderen, d.h. zusätzlichen Alltagsbedarfe von Menschen mit Behinderung bei den fürsorgefinanzierten Leistungen für den Lebensunterhalt notwendig. Der BeB unterstützt nachdrücklich die Forderung des Deutschen Vereins nach einem nachteilsausgleichenden **Bundesteilhabegeld** mit einem pauschalen Mehrbedarfsanteil, u. a. um die Abdeckung dieser existentiellen, zugleich aber sehr heterogenen Lebensbedarfe zu gewährleisten.

Der BeB bedauert, dass das seit langem geforderte Leistungsgesetz und das Bundesteilhabegeld für behinderte Menschen von der Regierung derzeit nicht unterstützt werden. Das ändert nichts an der Richtigkeit der Forderungen. Inhaltliche Einwände hat die Regierung bislang nicht erhoben. Im SGB IX hat der Gesetzgeber die Entwicklung auf ein Leistungsgesetz hin grundgelegt. Es ist jetzt sicherzustellen, dass die schrittweise Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe in den kommenden Jahren die langfristige Realisierung beider Vorhaben ermöglicht und fördert und auf keinen Fall behindert.

Unklar erscheint indes, ob der Bundesgesetzgeber derzeit die Kraft aufbringt, die für die Entwicklung eines Gesamtkonzepts notwendig sind. Es erscheint derzeit fraglich, ob es der Bundesregierung gelingt, alle Akteure (Bund, Länder, Kommunen, Freie Wohlfahrtspflege sowie Verbände der Menschen mit Behinderung und ihrer Vertrauenspersonen) zu einem konzertierten Vorgehen zu gewinnen. Kritisch ist festzustellen, dass die Bun-

---

<sup>6</sup> Der Begriff des **universal design** verdeutlicht, dass es hier um eine „allgemeine Gestaltung des Lebensumfeldes für alle Menschen, die möglichst niemanden ausschließt und von allen gleichermaßen genutzt werden kann. [...] Dieser Ansatz berücksichtigt auch die internationale behindertenpolitische Diskussion, die auf ‚Einbeziehung‘ in die allgemeine soziale Umgebung (inclusion) statt auf spezielle Rehabilitations- und Integrationsbemühungen setzt ...“ (Begründung zum Behindertengleichstellungsgesetz – BGG – BTDRs. 14/7420, S. 24).

desregulierung an verschiedenen Baustellen im Bereich der sozialen Sicherung Reparaturen mit z. T. erheblichen Rückwirkungen auf die Versorgungssituation und die Leistungen für Menschen mit Behinderung vorgenommen hat bzw. beabsichtigt (z. B. SGB V, SGB XI), ohne den selbstgesetzten Anspruch hinsichtlich der Orientierung an einem Gesamtkonzept bislang einzulösen.

## 1. Rahmenbedingungen für ein gelingendes Gesamtkonzept

### 1.1 Zielsetzung

Die seit 2001 im SGB IX und SGB XII verankerte Eingliederungshilfe stellt seit jeher die zentrale Zugangsnorm für alle Menschen mit Behinderungen zu den von ihnen benötigten Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe am Leben der Gesellschaft dar, und sie muss dies auch bleiben. An dieser Zielsetzung müssen sich Gesetzgebung und Verwaltung konzeptionell wie einzelfallbezogen orientieren.

### 1.2 Probleme

- Die Sozialhilfeträger ignorieren die Vorgaben des SGB IX, indem sie nach wie vor den Vorrang der allgemeinen Versicherungsleistungen proklamieren. Das gilt insbesondere für die Leistungen der Pflegeversicherung, obwohl Gesetzgeber und Rechtsprechung immer wieder die unterschiedliche Funktion dieser Hilfen und die gleichberechtigte Stellung der Eingliederungshilfe gegenüber den Pflegeleistungen klargestellt haben. Dennoch machen Sozialhilfeträger nach wie vor Gebrauch von ihren Möglichkeiten,
  - als Behörde und „Verfahrensherr“ bei den Einzelentscheidungen über die Eingliederungsleistungen (§§ 53 ff. SGB XII),
  - in der Gestaltung ihrer Verwaltungsverfahren (§§ 18 ff. SGB X – sog. „Hilfedarstellungsfeststellungsverfahren“/ „Clearing-Verfahren“),
  - in der Gestaltung der Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen mit den Einrichtungen und Diensten (§§ 75 ff. SGB XII) und
  - bei der Bedarfsplanung auf Länderebene

dem behaupteten Nachrang der Eingliederungshilfe gegenüber der Pflege Geltung zu verschaffen. Dabei ergeben sich durch regional geprägte Verwaltungspraktiken gänzlich unüberschaubare Verfahrenswege und Verfahrensergebnisse. Es bestehen deshalb derzeit keine gesicherten Erkenntnisse über die Zuweisung von Eingliederungshilfeberechtigten in SGB XI-Einrichtungen bzw. über Umetikettierungen im Verhältnis von Eingliederungshilfe und Pflege bezogen auf die Betroffenen wie auf die Einrichtungen in diesem Helfefeld.

Nach wie vor werden insbesondere Menschen mit komplexer Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf in nicht bedarfsadäquater Weise auf SGB XI-Pflegeeinrichtungen verwiesen und es werden ganze Einrichtungen bzw. Einrichtungsteile aus der Eingliederungshilfe in die Pflegeversicherung überführt.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> vgl. z. B. die aktuelle Entwicklung in Rheinland-Pfalz

- Ebenso wenig gibt es einen bundesweit einvernehmlichen Bezugsrahmen für das Verständnis der Leistungsträger und Leistungserbringer hinsichtlich dessen, was unter „ambulant betreuten Wohnformen“ zu verstehen ist. Es ist inzwischen bekannt, dass eine allgemein verbindliche Unterscheidung nach bestimmten Kriterien der Hilfefeststellung nie wirklich gelungen ist und mit dem Ausbau ambulanter Hilfen und der weiteren Differenzierung stationärer Angebote zunehmend unmöglicher wird: Es gibt in der Praxis stationäre Wohnangebote, die als „ausgelagerte Plätze“ dem äußeren Erscheinungsbild nach einen völlig „ambulanten Eindruck“ machen. Es gibt ebenso ambulante Wohnformen, die eine solche Betreuungs- und Angebotsverdichtung aufweisen, dass sie faktisch von stationärer Hilfe nicht zu unterscheiden sind. Eine planvolle Weiterentwicklung des Hilfeangebotes und damit der Eingliederungshilfe als Ganzes ist damit erheblich erschwert. Zudem ist zu festzustellen, dass der Entwicklungsstand länderspezifisch verschieden ist.
- Die ohnehin schlechte Datenlage wird im Zuge von Kommunalisierungsprozessen weiter geschwächt. Eine gesicherte und stimmige Datenlage zur Eingliederungshilfe ist nicht gegeben. Zwar entwickeln einzelne Länder wie z. B. Mecklenburg-Vorpommern erste Ansätze für ein einheitliches Berichtswesen, an anderen Orten ist ein ähnliches Bemühen nicht erkennbar.
- Nach wie vor fehlt es an einem einheitlichen, rehabilitationswissenschaftlich abgesicherten und in der bundesweiten Verwaltungspraxis anerkannten Instrument zur Feststellung von wesentlichen Behinderungen i. S. d. §§ 2 SGB IX, 53 SGB XII und des individuellen Hilfebedarfs. Das ist in vielfacher Hinsicht ein untragbarer Zustand, denn
  - die Betroffenen können Verwaltungsentscheidungen nicht ernsthaft überprüfen, welche ja für die Herleitung von Leistungsansprüchen auf der Behinderungsfeststellung und dem erkannten Hilfebedarf aufsetzen;
  - die Leistungsträger sind veranlasst, mangels einheitlicher Vorgaben regional höchst unterschiedliche Feststellungsverfahren selbst zu entwickeln. Bundesweit ist die Existenz mindestens 60 verschiedener Verfahren bekannt<sup>8</sup>. Dabei kommt es vor Ort auch zur Implementierung mehrerer paralleler Feststellungsverfahren;
  - ein sozialleistungsträgerübergreifendes Assessmentverfahren wird immer noch nicht angewendet. Unsinniger Doppel- und Mehrfachaufwand durch vielfache Begutachtung und sehr unterschiedliche Verwaltungsverfahren sind nach wie vor üblich, was zu vermeidbaren Belastungen für Menschen mit Behinderung und ihre Familien führt.
- Der Gesetzgeber hat vor sechs Jahren mit dem Sozialgesetzbuch IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen einen Meilenstein auf einem Weg gesetzt. Alle Sozialleistungen für Menschen mit Behinderungen sollen seitdem daran ausgerichtet sein,
  - die Selbstbestimmung dieses Personenkreises und ihre gleichberechtigte Teilhabe am Leben der Gesellschaft zu fördern (§ 1),
  - dem Vorrang von Präventions- und der Teilhabeleistungen vor und neben den allgemeinen Sozialleistungen Beachtung zu verschaffen (§§ 3, 8),

---

<sup>8</sup> PARITÄTISCHES Kompetenzzentrum, 2 Jahre Modelle zum Persönlichen Budget für behinderte Menschen – ein Zwischenfazit, 23.09.06.

- das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten gegenüber Leistungsträgern und Leistungserbringern zu stärken (§ 9) und
- die Leistungsträger untereinander zu Koordination, Kooperation, Leistungsberatung und Leistungsgewährung „aus einer Hand“ zu veranlassen (§§ 10 – 15, 22, 23).

Keines dieser Ziele wurde bisher auch nur annähernd zufriedenstellend umgesetzt. Es ist offensichtlich, dass das Selbststeuerungspotential der Rehabilitationsträger nicht ausreicht, um eigenständig und ohne nachhaltige Inpflichtnahme die vom Gesetzgeber angestrebte gemeinsame Plattform durch Kooperation und Koordination herzustellen. Wegen der Verankerung der Eingliederungshilfe im SGB IX ist vom Entwicklungsstillstand des SGB IX die gesamte Hilfeart betroffen.

### 1. 3. Lösungen

Die Entwicklung und Umsetzung eines Gesamtkonzepts und in diesem Rahmen auch der Eingliederungshilfe setzt grundsätzlich aus Sicht des BeB folgende Schritte voraus:

***Es ist ein bundeseinheitliches Verfahren zur Feststellung von Behinderung und Hilfebedarf zu entwickeln und einheitlich anzuwenden.***

Das Gesetz beschreibt Behinderung als einen komplexen Prozess körperlicher, seelischer oder geistiger Besonderheiten eines Menschen im Kontext vielfältiger Umweltfaktoren. Behinderung ist also nicht mit Instrumenten feststellbar, wie dies heutzutage etwa bei Krankheitszuständen mit dem internationalen Diagnoseschlüssel ICD 10<sup>9</sup> geschieht. § 2 SGB IX greift für die Normierung dessen, was unter „Behinderung“ im Sinne des Gesetzes zu verstehen ist, auf die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)<sup>10</sup> zurück. Die Leitgedanken der ICF machen klar, dass heute nicht mehr individuell vorhandene gesundheitliche Probleme (Schädigungen und Funktionseinschränkungen) als Behinderung angesehen werden können, sondern sich Behinderung in der gestörten oder nicht entwickelten Interaktion zwischen dem Individuum und der materiellen und sozialen Umwelt ausdrückt.

Dieses mehrdimensionale ICF-System ist bisher aber noch nicht zu einem tauglichen Assessmentinstrument für die Praxis der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation weiterentwickelt worden. Dies ist sicherlich eine anspruchsvolle Aufgabe, da ein geeignetes Verfahren nicht nur den einzelnen Menschen mit Behinderung in den Blick nehmen muss, sondern auch seine Lebenswelt in all ihren Bezügen mit den jeweils vorhandenen und fehlenden Ressourcen zur Ermöglichung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Hierauf haben die Wohlfahrts- und Fachverbände in den vergangenen Jahren wiederholt hingewiesen.

<sup>9</sup> WHO, ICD - Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Version 2006, <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2006/fr-icd.htm>

<sup>10</sup> WHO, ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Oktober 2005, Download: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>; Die "Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dient als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person. Die Anwendung der ICF in Deutschland ist geregelt in den Richtlinien über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 16. März 2004. Bereits die Gestaltung des Sozialgesetzbuches (SGB), Neuntes Buch (IX), "Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen", wurde wesentlich durch die Vorläuferfassungen der ICF beeinflusst.

Selbst im Zusammenhang der der Reform der Pflegeversicherung wird über geeignete ICF-basierte Pflegebedarfsermittlungsverfahren nachgedacht. Der Bund finanziert hierzu ein aufwändiges Forschungsprojekt an der der Universität Bielefeld. Zur Sicherstellung der Anschlussfähigkeit der Bedarfsfeststellung im Rahmen der Eingliederungshilfe muss ein entsprechendes, eingliederungshilfebezogenes Instrumentarium entwickelt werden. Sofern dies nicht geschieht, ist die Befürchtung berechtigt, dass zukünftig aus Praktikabilitätsgründen Eingliederungshilfebedarf nur noch aus pflegewissenschaftlicher Perspektive und reduziert auf soziale Unterstützung i. S. des SGB XI ermittelt wird. Eine solche „Konvergenz“ wäre nicht sachangemessen und ist unerwünscht.

Es ist aus Sicht des BeB Aufgabe des Bundes,

- a) mit Hilfe eines Modellprojektes ein einheitliches ICF-basiertes Assessmentinstrument zur Feststellung von Behinderung und Hilfebedarf entwickeln zu lassen und
- b) im Rahmen des SGB XII eine Ergänzung/Klarstellung vorzunehmen, dass ein bundesweit einheitliches ICF-basiertes Bedarfsermittlungsverfahren im Rahmen der Eingliederungshilfe anzuwenden ist<sup>11</sup> <sup>12</sup>und
- c) durch entsprechende Ergänzung der §§ 2, 14 SGB IX dafür zu sorgen, dass die Anwendung dieses Instrumentes bundeseinheitlich stattfindet und allen Rehabilitations-Entscheidungen einheitlich zugrunde gelegt wird (§ 14 Abs. 5 SGB IX), sowie
- d) im Rahmen des Gesamtkonzepts den Anstoß zu geben, dass die Begutachtungsverfahren nach SGB IX und SGB XI aufeinander bezogen werden.

***Es ist ein fortlaufender bundeseinheitlicher Monitoringprozess zur Entwicklung der Zielgruppen und der Leistungsstrukturen zu implementieren***

Die Bundesregierung ist gemäß § 66 SGB IX dem Gesetzgeber zur Lage behinderter Männer und Frauen und zur Entwicklung ihrer Teilhabe berichtspflichtig. Insbesondere dem letztgenannten Aspekt kann die Bundesregierung nur bei einer ständigen gesicherten Berichterstattung zum Stand der Leistungs- und Versorgungsentwicklung durch die einzelnen Bundesländer nachkommen.

Es ist aus Sicht des BeB Aufgabe des Gesetzgebers,

- a) die Berichtspflicht des Bundes und der Länder in regelmäßigen 4-Jahresintervallen zu verstetigen und durch Ergänzung des § 66 SGB IX entsprechend weiter zu entwickeln und
- b) eine Erhebungssystematik für die Berichterstattung durch die Länder entwickeln zu lassen, die wesentliche Veränderungen der Gruppe der Anspruchsberechtigten und des Versorgungsangebots in der Behindertenhilfe (z. B. Umwidmungen von der Behindertenhilfe- zur Pflegeeinrichtung; Zuwachs ambulanter Wohnangebote für behinderte Menschen) erkennen lässt. Der Bundesregierung liegen nach Kenntnis des BeB noch unveröffentlichte Datensets aus der Socialdata-Studie (1980), die bekann-

---

<sup>11</sup> Dieses erscheint auch nach der Föderalismusreform möglich, da eine geeignete Bedarfsfeststellung schon bisher als Folge der Strukturprinzipien Individualisierung und Bedarfsdeckung zum Bestand der Sozialhilfe gehört und damit ein einheitliches ICF-basiertes Verfahren, das vom Bund zur Verfügung gestellt wird, als Konkretisierung in den bestehenden Rahmen zu integrieren ist.

<sup>12</sup> Prinzipiell wäre auch eine Aufnahme dieses Gesichtspunktes in die Vereinbarungssystematik nach §§ 79 ff. SGB XII denkbar. Die Hoffnung auf Umsetzung wäre jedoch gering, angesichts der Tatsachen, dass die Bundesempfehlungen in den letzten 4 Jahren nicht einmal redaktionell angepasst, geschweige denn weiterentwickelt werden konnten und die Landesrahmenverträge von einer großen Uneinheitlichkeit geprägt sind.

ten Statistiken der MUG-Forschungsprojekte<sup>13</sup> und landesspezifische Forschungsergebnisse wie zum Beispiel die NRW-Hochzonungsbegleitforschung (ih-nrw) des ZPE/Universität Siegen<sup>14</sup> vor, auf denen eine solche Datenerhebungssystematik aufsetzen könnte.

### ***Die Zuständigkeit des Bundes für die Eingliederungshilfe im SGB IX und SGB XII muss erhalten bleiben.***

Auf dem Weg zu einem Leistungsgesetz für Menschen mit Behinderung muss die Umsetzung des SGB IX energischer denn je vorangetrieben werden. Hier sind Bund und Bundesgesetzgeber in der Pflicht. Der BeB sieht derzeit die Gefahr, das sich der Bund nur noch als distanzierter „Rahmengesetzgeber“ betätigen und das Feld der Behindertenhilfe auf die praktische Handlungsebene reduzieren will. Dabei überlässt er die Gestaltung vollständig den Ländern und Kommunen. Es müssen jedoch erkennbare Zeichen dafür gesetzt werden, dass der Gesetzgeber gewillt ist, seine sich aus Art. 3 Abs. 3 GG ergebende Verantwortung für die Durchsetzung der im SGB IX angelegten Entwicklungen auch wahrzunehmen. Art. 3 GG normiert ein Benachteiligungsverbot von Menschen mit Behinderung, wobei die Gewährleistung der Umsetzung dieses Staatszieles Aufgabe und Pflicht des Bundes ist<sup>15</sup>. Dies muss u. a. bei der Fortsetzung der Verhandlungen zur Föderalismusreform im Blick behalten werden. Überdies entlässt der von Bundesregierung selbstgesetzte Anspruch auf ein Gesamtkonzept sie nicht aus der Pflicht, auch weiterhin den Menschen mit Behinderung gegenüber wesentlicher Garant einer zeitgemäßen Eingliederungshilfe zu bleiben.

## **2. Vier Aspekte zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe**

Im Koalitionsvertrag<sup>16</sup> der Bundesregierung wird der zentrale Stellenwert von vier „Weiterentwicklungsbaustellen“ für die Eingliederungshilfe betont:

- „ambulant vor stationär“
- Verzahnung ambulanter und stationärer Dienste
- Leistungserbringung „aus einer Hand“ sowie

<sup>13</sup> MUG I Häußler, M., Wacker, E. & Wetzler, R., Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten. Bericht zu einer bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“. Baden-Baden 1996

MUG II Wacker, E., Wetzler, R., Metzler, H., & Hornung, C., Leben im Heim. Angebotsstrukturen und Chancen selbständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. Bericht zu einer bundesweiten Untersuchung im Forschungsfeld „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 102. Baden-Baden 1998

MUG-G Wahl, W. & Wetzler, R., Möglichkeiten und Grenzen einer selbstständigen Lebensführung in Privathaushalten. Integrierter Gesamtbericht. Stuttgart, Berlin, Köln 1998

<sup>14</sup> [http://www2.uni-siegen.de/~zpe/ih-nrw/zum\\_forschungsprojekt.htm](http://www2.uni-siegen.de/~zpe/ih-nrw/zum_forschungsprojekt.htm)

<sup>15</sup> So auch die Gesetzesbegründung zum SGB IX, BT-Drs. 14/5074, S. 92

<sup>16</sup> „Wir werden den in der Politik für behinderte Menschen eingeleiteten Prozess zur Verwirklichung einer umfassenden Teilhabe in der Gesellschaft fortsetzen. Die Unterstützung von Selbstständigkeit, Selbsthilfe und Selbstbestimmung ist eine gesellschaftliche Aufgabe. Gemeinsam mit den Ländern, Kommunen und den Verbänden behinderter Menschen werden wir die Leistungsstrukturen der Eingliederungshilfe so weiterentwickeln, dass auch künftig ein effizientes und leistungsfähiges System zur Verfügung steht. **Dabei haben der Grundsatz „ambulant vor stationär“, die Verzahnung ambulanter und stationärer Dienste, Leistungserbringung „aus einer Hand“ sowie die Umsetzung der Einführung des Persönlichen Budgets einen zentralen Stellenwert.** Wir wollen, dass die Leistungen zur Teilhabe an Gesellschaft und Arbeitsleben zeitnah und umfassend erbracht werden. Hierzu bedarf es der effektiven Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger.“ - Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005 (Zeilen 4120 – 4131)

- Umsetzung der Einführung des Persönlichen Budgets.

Unter dieser Gliederung werden im Folgenden Weiterentwicklungsgesichtspunkte aus Sicht des BeB zusammengetragen.

## 2.1 Ambulant vor stationär

### 2.1.1 Zielsetzung

Der BeB begrüßt nachdrücklich die von der Bundesregierung im Rahmen des Gesamtkonzeptes verfolgte Zielsetzung, ambulante Unterstützungsleistungen auszuweiten.

### 2.1.2 Probleme

- Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist zwar im Pflegeversicherungsgesetz<sup>17</sup>, aber leider noch nicht eindeutig im SGB IX<sup>18</sup> abgesichert. Im Bereich der sozialhilfefinanzierten Eingliederungshilfe ist er zwar gesetzlich gegeben<sup>19</sup>, aber nicht durchgängig in der vorhandenen Versorgungslandschaft in Deutschland abgebildet. Dabei ist der Grad der Umsetzung gravierend unterschiedlich, was darauf verweist, dass mit Sicherheit weitaus mehr Menschen mit Behinderung mit ambulanten Mitteln versorgt werden könnten, als es de facto heute der Fall ist. Die Angebotspalette und Unterstützungsstrukturen entwickeln sich auch weiterhin regional höchst unterschiedlich, wobei wichtige hemmende bzw. förderliche Gesichtspunkte die leistungsrechtliche Zuständigkeit, die sachgerechte Ressourcenausstattung ambulanter Unterstützungssysteme und die jeweilige kommunale behindertenfreundliche bzw. -feindliche Infrastruktur sind. Entsprechend erfolgt die Zuordnung der Hilfen gegenüber den leistungsberechtigten Menschen mit Behinderung nicht nur nach der individuell vorhandenen Bedarfslage, sondern auch nach dem jeweils regional geübten Leistungszuweisungsparadigma und dem gegebenen Angebot. Bei schwer und mehrfach behinderten Menschen erfolgt in der Regel ein quasi automatischer Verweis auf stationäre Hilfe. Dabei ist dieser Automatismus keineswegs sachlich begründet. Die Schwere der Behinderung ist weder unter rechtlichen, fachlichen oder ökonomischen Gesichtspunkten ein zwingendes Argument für die Zuordnung zur einen oder anderen Hilfestaltung. Entsprechend stellt das Sozialhilferecht auch nicht auf dieses Kriterium ab, sondern erlaubt je nach Lage des Einzelfalles eine stationäre Hilfe dann, wenn ambulante Hilfe nicht zur Bedarfsdeckung führt<sup>20</sup>. Dabei spielen
  - das individuelle Ausmaß und Erscheinungsbild des Hilfebedarfs,
  - die vor Ort gegebenen Möglichkeiten zum bedarfsgerechten Arrangement von Hilfen und
  - vor allem die Fähigkeit der Betroffenen zur eigenverantwortlichen Nutzung solcher Hilfeangebote

---

<sup>17</sup> §§ 3, 41 - 43 SGB XI

<sup>18</sup> §§ 9, 19 SGB IX

<sup>19</sup> §§ 9, 13 SGB XII

<sup>20</sup> § 9 Abs. 2 Satz 2 SGB XII

die entscheidende Rolle. Zu berücksichtigen ist hier insbesondere das Wunsch- und Wahlrecht der Hilfeberechtigten.

Das Beispiel der Initiative Selbstbestimmt Leben (ISL) und der in ihrem Gefolge zunehmend selbständigen Organisation ambulanter Hilfen durch schwer und schwerstkörperbehinderte Menschen zeigt, dass der Bedarf an vollstationärer Betreuung sich keineswegs zwingend aus dem Schweregrad der Behinderung herleiten lässt. Andererseits gibt es in der Praxis zahlreiche Beispiele für Menschen mit so genannter leichter Behinderung, deren gesellschaftliche Integration durch die Behinderungsfolgen so schwer beeinträchtigt ist, dass sie unter den heutigen Unterstützungsbedingungen im ambulanten Kontext auf stationäre Hilfe angewiesen sind (z. B. lernbehinderte Personen mit Asperger-Syndrom oder Epilepsie).

- Der zweite Zwischenbericht des IH-NRW-Projekts der Universität Siegen / ZPE <sup>21</sup> macht exemplarisch deutlich, dass die ambulante Unterstützung heute insgesamt keine gleichgewichtige Hilfeform ist (NRW: 29% ambulant zu 71% stationär), die Entwicklungsstände im Bereich der ambulanten Eingliederungshilfe für Menschen mit psychischer Erkrankung und Abhängigkeitserkrankung (ca. 50% ambulant) gegenüber dem Bereich der Menschen mit geistiger und komplexer Behinderung erheblich auseinanderklaffen (ca. 11% ambulant). Zudem wird deutlich, dass starke

## IH-NRW 2007

### Verteilung der Eingliederungshilfeleistungen nach stationär und ambulant in %

	30.06.2003		31.12.2004		31.12.2005	
	ambulant	stationär	ambulant	stationär	ambulant	stationär
Seelische Behinderung	40	60	48,07	51,93	52,2	47,8
Suchterkrankung			45,46	54,54	48,27	51,73
Geistige Behinderung	7,7	92,3	9,87	90,13	11,26	88,74
Körperbehinderung			19,8	80,2	22,31	77,69
<b>Gesamt</b>	<b>20</b>	<b>80</b>	<b>25,96</b>	<b>74,04</b>	<b>29,13</b>	<b>70,87</b>

Forschungsgruppe ICH-NRW, Individuelle Hilfen aus einer Hand, 2. Zwischenbericht, ZPE/Uni Siegen, 02/2007, S. 123

Conty – 03/2007 – Folie 7

regionale Unterschiede bestehen und dass eine nachhaltige Erweiterung des ambulanten Bereichs (Zuwachs des ambulanten Segments um mehr als 9% in zweieinhalb Jahren) möglich ist.

Die Situation der körperbehinderten Menschen ist nach den Untersuchungsergebnissen nicht eindeutig zu beurteilen, da dieser Personenkreis z. T in erheblichem Umfang ambulante Leistungen nach SGB XI in Anspruch nimmt, die im Zusammenhang

<sup>21</sup> a. a. O., S. 123 ff.

des ICH-NRW-Projekts nicht erfasst werden. Insbesondere jedoch der Entwicklungsstand im Bereich der ambulanten Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung muss als noch nicht zufrieden stellend angesehen werden. Hier gibt es noch erhebliches Entwicklungspotential.

- Derzeit entscheiden Leistungsträger und Leistungserbringer über die Verträge nach §§ 75 ff. SGB XII, welche Leistungen behinderte Menschen in welcher Hilfeform (ambulant – stationär) erhalten können. Die Menschen mit Behinderung haben auf das Vorhandensein von Angeboten der einen wie der anderen Form keinen Einfluss. Sie können nur das vorgegebene Angebot, wenn sie im Einzelfall darauf angewiesen sind, mehr oder weniger bedarfsentsprechend nutzen. Die Gefahr von Über- wie Unterversorgung im Sinne mangelhafter individueller Passung besteht bei allen Hilfearrangements – ambulant wie stationär. Auch wenn die Unterstützungsleistungen im stationären Kontext individuell zugeschnitten werden, werden diesem Bemühen durch den institutionellen Rahmen zwangsläufig Grenzen gesetzt. Denn stationäre Hilfe ist unabdingbar mit einer „Vollversorgung“ verbunden. Dabei bezieht sich die „Vollversorgung“ zum einen darauf, dass Leistungen für den Lebensunterhalt (Unterkunft/ Verpflegung – „Hotelleistungen“) und besondere Maßnahmen (z. B. Eingliederungshilfe/Pflege) untrennbar verbunden werden. Zum anderen ist kennzeichnend für die „Vollversorgung“, dass in stationären Einrichtungen die Hilfen rund um die Uhr vorgehalten werden. Der Gesetzgeber hat mit dem Verzicht einer Übernahme des alten § 27 Abs. 3 BSHG in das SGB XII und mit § 35 SGB XII einen ersten Schritt unternommen, um die Vollversorgung im Hinblick auf Lebensunterhalt und Hilfemaßnahmen ökonomisch differenzierbar zu machen und der Finanzierung ambulanter Hilfen anzunähern. Es erscheint längerfristig nicht ausgeschlossen, diesen Weg unter ökonomischen Gesichtspunkten fortzusetzen. In der Psychiatrie aber auch in der Behindertenhilfe wird der Gedanke diskutiert, die Maßnahmekosten aus dem Einrichtungsentgelt rechnerisch ausgliedern und – wie im ambulanten Bereich derzeit üblich – als Fachleistungsstundenkontingent oder Fallpauschale abzurechnen. Dies ist eine Zielrichtung, die den Prinzipien der Sozialhilfe (Individualisierungsgrundsatz, § 9 Abs. 2 SGB XII) und der Forderung nach einer Angleichung ambulanter und stationärer Hilfestellung eher entspricht als der Ansatz der BAGüS, stationäre Hilfen in der Art von Regelsatzpauschalen fortzuentwickeln<sup>22</sup>. Problematisch bleibt dabei aber die fortbestehende Verpflichtung der Einrichtung zur Vorhaltung einer Rund-um-die-Uhr-Hilfe. Im Zweifelsfall trägt der Einrichtungsträger bei einer stationären Unterbringung die Verantwortung für die gesamte Lebensführung des Hilfeempfängers mit Blick auf den Aufnahmegrund<sup>23</sup> und muss sich dafür im Schadensfall auch verantworten. Die Übernahme einer vollständigen Versorgungsverantwortung zieht automatisch die Vollversorgung in Form eines vorgehaltenen Vollversorgungsangebotes nach sich, auch wenn dieses von den Berechtigten tatsächlich keineswegs ständig abgerufen wird bzw. werden muss und von den betreuenden Fachkräften auch nicht für sinnvoll gehalten wird. Das entscheidende Kriterium – der Bedarf an Fremdverantwortung für die Lebensführung – ist aber bisher kein ausdrückliches, schon gar nicht ein auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse gesichertes Prüfungsmerkmal im Bedarfsfeststellungsverfahren. Es ist nicht von

<sup>22</sup> BAGüS, Reformvorschläge 2005 zur Weiterentwicklung des Sozialhilferechts (SGB XII) des Gesetzes zur Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) sowie der Pflegeversicherung (SGB XI) v. 12. September 2005, S. 8, URL (08.03.07) [www.lwl.org/LWL/Soziales/BAG/Veroeffentlichungen/Info\\_fuer\\_Mitglieder/Stellungnahmen](http://www.lwl.org/LWL/Soziales/BAG/Veroeffentlichungen/Info_fuer_Mitglieder/Stellungnahmen)

<sup>23</sup> BVerwG-Urt. v. 24.02.1994, Az 5 C 42.91

der Hand zu weisen, das es Menschen mit Behinderung gibt, die nicht oder nicht ständig oder in allen Bezügen die Verantwortung für ihre Lebensführung übernehmen können und in diesem Sinne nur eingeschränkt selbständig bzw. unselbständig sind. Mit einer stationären Leistungsgewährung trifft der Sozialhilfeträger (möglicherweise unbewusst) eine Zuordnung zu diesem Personenkreis und entspricht damit z. T. den Wünschen nach Sicherheit von Menschen mit Behinderung und/oder ihren Angehörigen. Sollen stationäre Hilfen auf das nötige Maß beschränkt und ambulante Hilfen vorrangig gewährt werden, so muss im Einzelfall geprüft werden, ob stationäre Hilfe wegen des Bedarfs an Verantwortungsübernahme durch eine Einrichtung erforderlich ist.

- Angesichts der bundesweit unterschiedlichen Verteilung stationärer und ambulanter Hilfeangebote und regional bestehender Disparitäten von stationärer Hilfe geht der BeB sicher davon aus, dass der Anteil ambulanter Hilfen im Gesamtversorgungsangebot deutlich steigerbar ist. Allerdings plädieren wir für regional vollständige Hilfeensemble, die ambulante *und* stationäre Elemente enthalten. In vielen Fällen ist ambulante Hilfe für Menschen mit Behinderung die attraktivere Unterstützungsform. Vor dem Hintergrund der Fallzahlsteigerung und dem Bemühen um die Begrenzung der durchschnittlichen Fallkosten ist ebenfalls eine verstärkte Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ notwendig. Wir teilen jedoch die Auffassung nicht, dass mit der verstärkten Wahl ambulanter Unterstützung in jedem Einzelfall per se und zwangsläufig Kosteneinsparungen verbunden sind. Dies würde ja nur eintreten, wenn ambulante Leistungserbringung Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf verschlossen bliebe. Jedoch wird eine andere Kostenverteilung die Träger der Eingliederungshilfe entlasten können. Allerdings verbietet sich eine Überführung stationärer in ambulante Hilfeformen mit der quasi automatischen kostenträgerseitigen Verknüpfung von Kostendeckelung und Einsparungen, denn das wäre nicht einzelfallgerecht und würde bei den Betroffenen, ihren Angehörigen wie auch bei den betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern berechtigte Ängste und Abwehr auslösen. Die Menschen mit Behinderung, aber auch die übrigen Beteiligten, benötigen angesichts einer bereits durch die Behinderung gegebenen Grundbelastung vor allem in Veränderungsprozessen Sicherheit und Unterstützung.

### 2.1.3 Lösungen

***Die Hilfestellung muss berücksichtigen, ob die Verantwortung für das Unterstützungsarrangement der behinderte Mensch oder statt seiner der Leistungserbringer tragen soll; dafür bedarf es im ersten Schritt eines gesicherten Bedarfsfeststellungsverfahrens.***

Wie bereits festgestellt, ist die Entwicklung eines ICF-basierten Instruments zur Feststellung der Behinderung und des Hilfebedarfs für eine gesicherte Gewährung von Eingliederungshilfe längst überfällig. Diese Feststellung kann nicht – wie bisher durchaus üblich<sup>24</sup> – durch die Sozialhilfeträger selbst erfolgen. Notwendig ist die Feststellung durch eine fachlich geschulte und multidisziplinär besetzte unabhängige Stelle. Eine Anschlussfähigkeit der Feststellungen dieses Dienstes an die Feststellungen des MDK ist zur sach-

<sup>24</sup> s. z.B. BAGüS, Der Behinderungsbegriff nach SGB IX und SGB XII und dessen Umsetzung in der Sozialhilfe, Stand 25.01.2005, Punkt 4.1. und 4.2., S. 9.

gerechten Einbeziehung medizinisch-pflegerischer Aspekte notwendig. Die im jeweiligen Einzelfall getroffenen Feststellungen müssen transparent aufbereitet und gerichtlich überprüfbar sein.

Während die Behinderungs- und Bedarfsfeststellung von einer unabhängigen Fachstelle zu leisten ist, sind Art und Maß der Hilfe nach pflichtgemäßem Ermessen der Behörde zu bestimmen. Im Hinblick darauf, dass ohne Zustimmung der Betroffenen die Gewährung von Rehabilitations- und Teilhabeleistungen nicht möglich ist<sup>25</sup>, muss die Entscheidung über die konkrete Ausgestaltung in einem dialogischen Prozess gemeinsam mit dem Betroffenen und ggf. seinem gesetzlichen Vertreter gefunden werden. Hierzu bieten die verschiedenen Clearing-Verfahren schon erste Ansätze, welche aber insbesondere im Hinblick auf den möglicherweise gegebenen Bedarf einer vollen Versorgungsverantwortung des Leistungserbringers weiter zu entwickeln sind.

Ob eine Person die Verantwortung für ihr Unterstützungsarrangement übernehmen kann oder nicht, darf nicht allein ausschlaggebend für die Wahl eines stationären oder ambulanten Unterstützungsangebots sein. Es ist jedoch die Frage zu beantworten, wie Unterstützungsleistungen aussehen und welche Bedingungen gegeben müssen, die trotzdem bedarfsgerechte ambulante Hilfe ermöglichen. Die Angebote der Leistungserbringer müssen langfristig so organisiert sein, dass sie in der einen wie der anderen Form – ambulant oder stationär – erbracht werden können. Dabei ist die auf die aktuelle Leistungserbringung beschränkte Verantwortung der Leistungserbringer gegenüber den leistungsberechtigten behinderten Menschen jeweils zu berücksichtigen.

Das Verfahren muss in jedem Fall mit einer gerichtlich überprüfbaren Entscheidung des Leistungsträgers (Verwaltungsakt) beendet werden, die auch nachvollziehbare Aussagen zum Bedarf an Fremdverantwortung und zu der diesbezüglich getroffenen Regelung enthält.

Der BeB sieht es als Aufgabe der Sozialhilfeträger an, bei Neuentscheidungen unter Einbeziehung der Klientensicht den bestehenden Hilfebedarf und die Möglichkeit eigenverantwortlicher Entscheidung über den Hilfeabruf so genau wie möglich zu prüfen und soweit wie möglich die Hilfe in ambulanter Form anzubieten.

***Die Einzelentscheidung über die Gewährung von Eingliederungshilfe in stationärer oder ambulanter Form darf langfristig nicht mehr von den vorhandenen, durch Leistungsträger und Leistungserbringer vertraglich festgelegten Angebotsformen abhängig gemacht werden.***

Der BeB sieht es als Aufgabe der Sozialhilfeträger und der Einrichtungen und Dienste bzw. ihrer Spitzenverbände an, im Dialog die §§ 75er-Verträge nach SGB XII und die Leistungslandschaft weiter zu entwickeln.<sup>26</sup>

Langfristig ist es im Sinne der Menschen mit Behinderung erforderlich, dass Unterstützungsangebote weder inhaltlich noch finanziell danach unterschieden werden, ob sie im Einzelfall ambulant oder stationär erbracht werden. Damit kann es erforderlich werden, die Vorhalteleistungen stationärer Infrastruktur und die mit ihnen verbundenen Kosten isoliert greifbar und so weit wie möglich baustein förmig addierbar zu machen.

---

<sup>25</sup> § 9 Abs. 4 SGB IX

<sup>26</sup> Hier muss man allerdings besorgt sein, gelingen doch in den letzten 4 Jahren nicht einmal mehr redaktionelle Anpassungen.

Die untrennbare Verbindung von „Hotelleistungen“ mit behinderungsbezogenen Maßnahmenangeboten, wie sie bisher kennzeichnend für die stationäre Hilfe sind, muss im Rahmen der hier skizzierten Entwicklung kein zwingendes Element stationärer (d.h. fremdverantworteter) Hilfe mehr sein. Sie wird aber weiterhin vorkommen (z.B. bei schwerstmehrfach behinderten Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf in allen Angelegenheiten alltäglicher Versorgung). Das Verfahren, mit dem der Hilfebedarf und die bedarfsentsprechenden Hilfen einschließlich des jeweils Sicherstellungsverantwortlichen festzustellen sind, wird diesen Prüfungspunkt gesondert zu berücksichtigen haben.

Falls sich hier praxismgerechte Lösungen ergäben, würde mit dem Wegfall der automatischen Vollversorgung in stationären Einrichtungen dann auch die besondere Form der **Kostenbeteiligung** von Menschen mit Behinderung durch Heranziehung ihres gesamten Einkommens (§ 88 SGB XII) entfallen.

Die 100% Heranziehung des Einkommens unabhängig von dessen Höhe rechtfertigt sich im Fall der vollstationären Betreuung nur aus der „Vollversorgung“<sup>27</sup> der Einrichtungsbewohnerschaft. Die Regelung war immer schon umstritten, weil sie Betroffene unabhängig von der Höhe ihres einzusetzenden Einkommens in jedem Fall zu „Fürsorgeempfängern“ macht, die ihre individuellen Bedürfnisse aus der vom Sozialhilfeträger gezahlten Barbetrags-Pauschale decken müssen. Dieser Finanzierungsausgestaltung fehlen Anreize zur Aktivierung und Selbsthilfe der Betroffenen, statt dessen macht sie diese – contra legem<sup>28</sup> – abhängig von Sozialhilfe.

Für die behinderten Menschen, denen ambulante Hilfen zur Verfügung stehen, gilt eine differenzierte und einkommensbezogene Beteiligungsregelung. Danach stehen behinderte wie nichtbehinderte Menschen aus ihrem Einkommen/ Vermögen nur für den alltäglichen Lebensbedarf unbegrenzt ein. Für behinderungsbedingt erforderliche Maßnahmen müssen die Betroffenen dagegen nur aufkommen, wenn ihr Einkommen die gesetzlich vorgesehene Schongrenze übersteigt, welche sicherstellt, dass ein Mensch nicht allein aufgrund seiner Behinderung zum wirtschaftlichen Sozialhilfefall wird. Nach derzeitiger Rechtslage braucht sich ein alleinstehender behinderter Mensch bei einem Einkommen bis zu 1.000 € in der Regel nicht an den Kosten der ihm gewährten Eingliederungshilfe zu beteiligen<sup>29</sup>. Die Anwendung dieser Regelung ist derzeit wegen der überwiegend stationär gewährten Hilfe noch nicht der Regelfall, muss dies aber bei der hier skizzierten Entwicklung werden.

Der BeB befürwortet mit Blick auf Teilhabe und Lebensqualität von Menschen mit Behinderung, die in der oben beschriebene Weise einer umfassend verantwortlichen Begleitung bei der Lebensführung bedürfen, ein Leben in normalen gemeindlichen Kontexten. Das kann z. B. in gemeindeintegrierten Wohnbereichen ermöglicht werden. Sollen Unterstützungsleistungen hierbei primär ambulant gestaltet werden, müssen geeignete neue Leistungen („Verantwortungsmodul“) bzw. weiterentwickelte Formen gesetzlicher Betreuung eingeführt werden. Es geht hierbei um die Lösung der Frage, wer die Verantwortung für ein ambulantes Wohnen mit Unterstützungssicherheit bei Menschen übernimmt, die nicht in der Lage sind, allein die Verantwortung für eine selbständige Lebensführung zu übernehmen.

<sup>27</sup> Kraher in LPK-BSHG § 85 Rz 15 ff. zur alten Rechtslage nach BSHG; Schoch in LPK-SGB XII § 85 Rz 15 ff. zur neuen Rechtslage nach SGB XII.

<sup>28</sup> § 1 SGB XII: Aufgabe der Sozialhilfe ist es, den Leistungsberechtigten ein Leben zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. **Die Leistung soll sie soweit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben.**“

<sup>29</sup> Die Einkommensschongrenze ergibt sich aus § 85 SGB XII. Geschützt ist ein Betrag, der sich aus dem doppelten Eckregelsatz, also 690 €, und der angemessenen Kaltmiete (incl. NK) zusammensetzt.

***Es müssen begünstigende Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte ambulante Betreuung behinderter Menschen geschaffen werden.***

Aufgabe der zuständigen Sozialhilfeträger und der Kommunen ist es, begünstigende Rahmenbedingungen für den Ausbau ambulanter Hilfen für behinderte Menschen zu schaffen. Auch ist von ihnen Sorge dafür zu tragen, dass diese Hilfen von behinderten Menschen und ihren Angehörigen auch tatsächlich akzeptiert werden können. Dazu gehören u. a.

- individuell langfristige Leistungssicherheit
- verlässliche und auskömmliche Finanzierung ambulanter Leistungen
- wohnortintegrierte Versorgungsangebote
- niedrigschwellige quartiersintegrierte Unterstützungsleistungen wie Beratungs- und Begegnungsmöglichkeiten, Sicherung von Krisendiensten
- Absicherung wohnprojektgebundener Hilfen wie mobile Hausmeisterdienste, mobile Haushaltshilfen u.v.a.m.
- Barrierefreiheit in Bezug auf öffentliche Wege, öffentliche Verkehrsmittel, öffentliche wie privatgewerblich genutzte Gebäude usw.
- dezidierte umwelt- und sozialraumbezogene Analysen von Risiken und Gefährdungspotentialen sowie entsprechende Präventionsmaßnahmen
- die Nutzbarkeit aller jeweils vorhandenen gemeindlichen Infrastruktur für Menschen mit Behinderung (z. B. Schwimmbäder und Sportstätten, Freizeiteinrichtungen, Kulturangebote)
- eine regionale Angebotsplanung und eine Versorgungsverpflichtungskklärung in der jeweiligen Kommune.

Auch Dienste und Einrichtungen stellt eine solche Konversion des Unterstützungssystems vor erhebliche Herausforderungen. Damit der intendierte Wandel auch gelingt, sind sorgfältig die Bedingungen herauszuarbeiten und umzusetzen, die für eine entsprechende Umorientierung förderlich sind (z. B. Strukturhilfen und Anreizprogramme).

***Menschen mit Behinderung muss für besondere Bedarfe im Bereich der Lebensunterhaltsleistungen ein finanzieller Ausgleich in Form einer unspezifischen Pauschale (etwa als Bestandteil des Bundesteilhabegelds) gewährt werden.***

Der BeB sieht insbesondere die Notwendigkeit, dass eine zunehmende ambulante Betreuung auch geistig oder seelisch behinderter Menschen im Bereich der Lebensunterhaltsleistungen hinreichend abgedeckt wird. Eine rationale und wirtschaftliche Lebensführung mit der unter der Bedingung Sozialhilfe gebotenen Sparsamkeit kann bei Menschen mit Behinderung weder vorausgesetzt noch in jedem Fall dauerhaft erreicht werden. Es ist nicht im Sinne der Betroffenen, eine bedarfsdeckende Leistungserbringung im Bereich der Eingliederungshilfen zu vertreten, zugleich aber eine drohende Unterversorgung bei den Alltagsleistungen für den Lebensunterhalt zu ignorieren. Eine solche Unterversorgung droht leider nach dem Außerkrafttreten des BHSG ganz deutlich. Besondere Bedarfslagen behinderter Menschen im Alltagsleben können nicht mehr – wie früher üblich – durch einmalige Leistungen aufgefangen werden. Dies bedeutet für die Betroffenen eine massive Verschlechterung ihrer Lebenssituation, da die Sonderbedarfe natürlich dennoch entstehen, aber nun aus der nur unzureichend erhöhten Regel-

leistung bezahlt oder eben ungedeckt bleiben müssen.<sup>30</sup> Zielgruppenadäquat und praxisgerechter wäre es, die Möglichkeit punktueller Einmalbeihilfe wieder zu eröffnen.

## 2.2 Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen

### 2.2.1 Zielsetzung

Als Schritt auf ein ausgewogen strukturiertes Hilfesystem mit bedarfsadäquaten Unterstützungsleistungen ist eine Verzahnung ambulanter und stationärer Hilfen anzustreben.

### 2.2.2 Probleme

Derzeit sind die Angebote von Einrichtungen und Diensten, obwohl sie in einer gemeinsamen Trägerschaft stehen können, in der Regel monolithisch gegeneinander abgegrenzt. Die Durchlässigkeit der Systeme ist begrenzt und erfordert in aller Regel die „Mobilität“ des Menschen mit Behinderung (Wechsel vom stationären Setting in eigene Wohnung bzw. umgekehrt), während die „Mobilität“ des Unterstützungssystems eigentlich bedarfsgerechter wäre. Die Erlangung von Teilleistungen des einen Systems im jeweils anderen ist, soweit es den stationären Kontext betrifft, aus vielen Einrichtungen im Bereich der Haushaltsführung (z. B. Auszahlung von Beköstigungsgeld) aber im Bereich der Teilhabeleistungen nur aus dem PerLe-Modellprojekt<sup>31</sup> der BeB-Mitgliedseinrichtung Bethel bekannt. Das hat vielfältige Gründe:

- Stationäre Einrichtungen finanzieren die Leistungen über ein Gesamt-Entgelt, ambulante Dienste rechnen Fallpauschalen bzw. einzelne Fachleistungsstunden ab.
- Stationäre Einrichtungen müssen den Heimbewohner/innen „Hotel-Leistungen“ und Maßnahmen als Komplexleistung anbieten. Ambulante Dienste müssen sich auf die Erbringung der Maßnahmen beschränken. Allein die vertragliche Verbindung von „Hotel-Leistungen“ in Form der Wohnraumvermietung und von Versorgungsvorhaltung zieht für einen ambulanten Dienst den Status eines Heimes nach sich.<sup>32</sup>
- Stationäre Einrichtungen sollen eine Vollversorgung gewähren, während ambulante Dienste nur für die jeweils vereinbarten Leistungen einstehen.
- Stationäre Einrichtungen sind hinsichtlich ihrer Leistungserbringung an die §§ 75er-Vereinbarungen nach SGB XII gebunden. Sofern Externe mit oder ohne Entgelt das von der Einrichtung für die Heimbewohner/innen angebotene Leistungsangebot teilweise mitnutzen, ergeben sich Abstimmungsnotwendigkeiten mit

---

<sup>30</sup> Die Fähigkeiten von Menschen mit Behinderung zur Haushaltsführung sind, insbesondere in der ersten Zeit nach dem Auszug aus einer stationären Einrichtung oder dem Elternhaus, nicht selten vergleichsweise schlechter als diejenigen nichtbehinderter Menschen. Handwerklichen Fähigkeiten sind nicht immer entwickelt, was kleine Haushaltsreparaturen, kleine handwerkliche Arbeiten wie der Aufbau eines IKEA-Regals oder das Streichen einer Wand, im Regelfall unmöglich macht, so dass entsprechende Unterstützung durch Fachkräfte benötigt wird.

<sup>31</sup> Modellprojektpartner sind die v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel (Stiftungsbereich Behindertenhilfe), der Landschaftsverband Westfalen-Lippe, die Universität Dortmund (Rehabilitationssoziologie) und der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB)

<sup>32</sup> § 1 HeimG und BGH Urt. v. 24.2.94, Az C 42.91, NDV 11/94, S. 430

dem öffentlichen Vertragspartner und die Notwendigkeit der Klärung der vertraglichen Basis, von Haftungs- und Verantwortlichkeitsfragen etc.

- o Stationäre Einrichtungen tragen die Verantwortung für die gesamte Lebensführung des Betroffenen mit Blick auf den Aufnahmegrund. Ambulante Dienste tragen nur Verantwortung für eine vertragsgerechte Erbringung der vereinbarten Leistungen.

Eine Verzahnung beider Leistungsformen auf der Maßnahmeebene setzt voraus, dass

- a) im Bereich stationärer Hilfen die allumfassende Zuständigkeit und das damit im Zusammenhang stehende umfassende Leistungsarrangement partiell aufgegeben wird, um eine Nutzung einzelner „stationärer“ Leistungselemente durch ambulante Klienten zu ermöglichen.
- b) im Bereich ambulanter Hilfen ergänzende Angebote für Bewohner/innen stationärer Behindertenhilfeeinrichtungen angeboten werden, die dann von den Bewohner/innen bedarfsgerecht „zugekauft“ werden können.
- c) Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (Häuslichkeitsbegriff) vollumfänglich für Menschen mit Behinderung zugänglich gemacht werden. Es ist nicht hinzunehmen, dass die normalen Leistungen der Sozialversicherungssysteme behinderten Menschen in stationären Einrichtungen nur unvollständig zugänglich sind.

*Beispiele:*

*für a) Ein ambulant betreuter geistig behinderter Mann ist unter der Woche in einer WfbM beschäftigt, wünscht sich aber über das Wochenende auch Anschluss an seine behinderten Kollegen und will deswegen samstags am nachmittäglichen Fußballspiel im Heim und sonntags am gemeinsamen Mittagessen teilnehmen.*

*für b) Eine in einem Wohnheim betreute schwer körperbehinderte junge Frau möchte gelegentlich eine Disco besuchen. Üblicherweise wird es dort erst zwischen 23 und 2 Uhr interessant. Das liegt deutlich außerhalb der Betreuungsmöglichkeiten durch die Einrichtung. Sie benötigt begleitende Unterstützung durch eine gleichgeschlechtliche Person, die als ergänzende Leistung zur Verfügung gestellt wird.*

*für c) Eine schwermehrfach behinderte Frau muss in einer Einrichtung für geistig behinderte Menschen beatmet und sondiert werden. Die Einrichtung gewährt Eingliederungshilfe in stationärer Form. Die erforderlichen Grundpflege- und Behandlungspflegeleistungen erbringt die Einrichtung zu Lasten der Pflegekasse.*

Im Beispielfall zur Nutzung stationärer Leistungselemente ergänzend zur ambulanten Betreuung ist dies möglich, wenn der Einrichtungsträger die Verantwortungs- und Haftungsfrage für den externen Nutzer klärt, die vorzuhaltenden Leistungsanteile identifiziert und ebenso die damit verbundenen direkten und „infrastrukturellen“ Kosten. Darüber hinaus muss eine für alle Beteiligten sinnvolle Integration (unter Einschluss der Interessenwahrnehmung der stationär betreuten Menschen) des Nutzers in das stationäre Betreuungssetting möglich sein. Dies geht einher mit einer einrichtungsseitigen Festsetzung entsprechender Leistungsentgelte.

Die Konstellation im Beispielsfall b (ergänzende ambulante Hilfe bei stationärer Betreuung) ist dies nur dann möglich,

- wenn der Einrichtungsträger in seinen Verträgen mit dem zuständigen Leistungsträger wie mit den Bewohnerinnen und Bewohnern entsprechende Regelungen zur Beschreibung und Begrenzung seiner Leistungspflicht getroffen hat,
- wenn die ambulanten Dienste entsprechend einrichtungskompatible Angebote vorhalten und
- wenn die Menschen mit Behinderung in die Lage versetzt werden, entsprechende Leistungen bedarfsgerecht zuzukaufen.

Das alles erscheint langfristig nicht unmöglich, aber sehr komplex und nur in vielen Schritten umsetzbar.

### 2.2.3 Lösungen

***Die stationären Angebote müssen langfristig den Einkauf einzelner stationärer Leistungselemente durch ambulante Nutzer ermöglichen.***

Träger stationärer Einrichtungen sollten erste Schritte im Hinblick auf eine Neubetrachtung ihrer Leistungselemente und ihrer Leistungsinfrastruktur unternehmen, um möglicherweise ambulant nutzbare Leistungselemente zu identifizieren (z. B. Schwimmgruppe, Kochkurs).

Sofern Leistungselemente (ohne Beeinträchtigung der Leistungserbringung für stationär betreute Personen) auch für weitere Personen erbracht werden sollen, ist eine entsprechende Vereinbarung zwischen den beteiligten Sozialleistungsträgern und dem Einrichtungsträger zu treffen. Der Einrichtungsträger muss die Preise für diese Leistungen kalkulieren und geeignete Leistungsverträge für ambulante Klientel vorhalten.

***Die Verträge zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern (§§ 75 ff. SGB XII) für den stationären Bereich müssen den Zukauf ambulanter Leistungen ermöglichen.***

Der BeB sieht es als Aufgabe der Sozialhilfeträger an, durch Weiterentwicklung der §§ 75er-Verträge nach SGB XII mit den Einrichtungsträgern die Identifizierung von Divergenzen im Hilfebedarf der Bewohner/innen und im Einrichtungsangebot zu ermöglichen und einen entsprechenden ergänzenden Leistungszukauf zu konsentieren.

Ebenso muss im Hilfebedarfsfeststellungsverfahren gegenüber dem einzelnen behinderten Menschen dessen Hilfebedarf so genau festgestellt werden, dass erkennbar ist, ob und inwieweit ein Zukauf weiterer Leistungen bedarfsadäquat ist.

Sofern im Rahmen der vertraglichen Vereinbarungen mit dem Sozialleistungsträger eine entsprechende Öffnung und Verantwortungsbegrenzung auf die von der Einrichtung erbrachten Leistungen erreicht werden kann, können auch im Zusammenhang stationärer Hilfen passgenaue Ergänzungen des Einrichtungsangebots durch individuellen Ein- bzw. Zukauf von sozialen Dienstleistungen erfolgen. Das Modell-Projekt PerLe gibt erste Hinweise, wie dies gelingen könnte.

***Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung sind für Menschen mit Behinderung unabhängig vom Ort der Leistungserbringung in teilhabeorientierter Ausrichtung zu erbringen.***

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-WSG einen weiteren, richtigen, aber leider unvollständigen Schritt hinsichtlich der Leistungspflicht der GKV bezogen auf die häusliche Pflege gegenüber Menschen mit Behinderung getan. Es bleibt derzeit noch unklar, in wieweit Menschen mit Behinderung im Kontext stationärer Eingliederungshilfen weiterhin von diesen Leistungen, die ihnen als Versicherten zustehen, ausgeschlossen bleiben. Diese Lücke muss geschlossen werden.

Ebenso sind die Leistungen der Pflegeversicherung gemäß § 43 a SGB XI betragsmäßig dem Niveau der ambulanten Pflegesachleistung anzupassen.<sup>33</sup>

## 2.3 Leistungen aus einer Hand

### 2.3.1 Zielsetzung

Die Erbringung von vielfältigen (Teil-)Leistungen für einen Menschen mit Behinderung soll im Sinne von Klientenfreundlichkeit durch Einheitlichkeit und professionelle Überbrückung von Schnittstellen bei der Leistungserbringung gekennzeichnet sein.

### 2.3.2 Probleme

- Um Leistungen „wie aus einer Hand“ erbringen zu können, bedarf es im ersten Schritt der Kooperation und Koordination unter den Rehabilitationsträgern. Diese ist auch sechs Jahre nach Inkrafttreten des SGB IX noch nicht hergestellt. Der Vorsitzende der BAGÜS, Herr Dr. Baur, hat anlässlich einer Fachtagung der Caritas zum Persönlichen Budget<sup>34</sup> in klaren Worten zu verstehen gegeben, dass Leistungen wie aus einer Hand erst dann zu erwarten sind, wenn die Leistungen tatsächlich nur aus einer Hand erbracht werden, weil dahinter nämlich auch nur ein einziger verantwortlicher Rehabilitationsträger steht.
- Leistungserbringung aus einer Hand erfordert sozialarbeiterisches „Casemanagement“. Allerdings ist dieses komplexe Unterstützungshandeln kaum praktisch umgesetzt und nicht als originäre Eingliederungshilfeleistung im ambulanten Kontext anerkannt. Dies ist umso unverständlicher als Casemanagement im stationären Kontext seit jeher enthalten ist. Der Träger der Einrichtung integriert alle Teilleistungen im Zusammenhang eines individuellen, hilfeplanbasierten Eingliederungshilfekonzepts. Dieser Leistungsbestandteil ist im ambulanten Kontext für Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf unverzichtbar, insbesondere dann, wenn im Einzelfall neben möglicherweise verschiedenen Leistungen der Eingliederungshilfe (z. B. Betreutes Wohnen und berufliche Rehabilitationsleistungen im Rahmen einer WfbM) weitere Leistungen und Sozialleistungssysteme zu Bedarfsdeckung hinzutreten (z. B. SGB V, SGB XI).

<sup>33</sup> Das Problem der eigenen Häuslichkeit und der Sonderbestimmung des § 43 a SGB XI würde sich nicht mehr ergeben, wenn stationäre und ambulante Leistungen in ihrer Struktur einander angeglichen wären.

<sup>34</sup> Baur, Fritz, Persönliches Budget in der Eingliederungshilfe und Pflege, Vortrag auf dem 7. Caritas Rechtsforum am 08. und 09.11.2006, Havixbeck/Münster: „Daher muss die Zersplitterung der Leistungsträgerlandschaft zumindest in Teilbereichen aufgehoben werden, nur dann, wenn die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung mit denen der Eingliederungshilfe auf Trägerebene verschmolzen werden, werden angemessene trägerübergreifende Persönliche Budgets zustande kommen; das bedeutet auch, dass ein weiteres Festhalten an der unzulänglichen gesetzlichen Regelung des § 17 SGB IX lediglich zu weiteren Verzögerungen im Hinblick auf eine grundsätzlichere Herangehensweise führt.“

- Sofern die verantwortliche Steuerung von mehrteiligen ambulanten Unterstützungssettings aus einer Hand für Personen mit dem Bedarf einer umfassend verantwortlichen Begleitung der Lebensführung in den Blick genommen wird, sind hierfür derzeit bundesweit keine entsprechenden Beispiele bekannt.

### 2.3.3 Lösungen

***Der Sozialhilfeträger wird alleiniger gesetzlich bestimmter Beauftragter der Rehabilitationsträger (Teilhabe-Agentur), um eine Leistungsgewährung aus einer Hand gegenüber den leistungsberechtigten Menschen sicherzustellen.***

Es ist möglich, dass einer der im SGB IX aufgeführten Rehabilitationsträger als gesetzlich „Beauftragter“ der anderen Träger bestimmt wird. Dies sollte nach Auffassung des BeB der Sozialhilfeträger als der Rehabilitationsträger mit dem inhaltlich umfassendsten und nachhaltigsten Leistungsauftrag und der umfassendsten Leistungserfahrung sein. Er erbringt die eigenen wie die grundsätzlich in fremder Leistungsverantwortung stehenden Leistungen aus einer Hand und erhält von den vertretenen Leistungsträgern im Wege eines möglichst einfach zu haltenden Abrechnungsverfahrens eine pauschale Kostenerstattung. Im Bereich der Krankenhilfe, welche die gesetzlichen Kassen für den Sozialhilfeträger erbringen, wird dies seit 2004 so praktiziert<sup>35</sup> und scheint problemlos zu funktionieren. Die fünf Fachverbände der Behindertenhilfe haben schon vor Jahren die Forderung aufgestellt, den Sozialhilfeträger zu einer „Teilhabe-Agentur“ weiterzuentwickeln.<sup>36</sup>

Weitergehend ist natürlich die Einführung eines Leistungsgesetzes für Menschen mit Behinderung notwendig, die der Gesetzgeber bisher zurückgestellt hat. Ohne ein solches Leistungsgesetz ist die Bestimmung eines einzigen Leistungsträgers als allein zuständigem Träger für alle Rehabilitations- und Teilhabeleistungen nicht möglich.

***Die Träger von ambulanten Diensten und Einrichtungen müssen über die unmittelbare Leistungserbringung hinaus ein Casemanagement zur Verknüpfung von Angeboten des eigenen Hauses oder eigener mit Angeboten fremder Träger anbieten, um „passgenaue Hilfen wie aus einer Hand“ zu erstellen.***

Durch Erweiterung des Katalogs in § 54 Abs. 1 SGB XII<sup>37</sup> ist Casemanagement als eigener Leistungsanspruch im Rahmen der Eingliederungshilfe zu verankern.

Auf der praktischen Ebene kann das vorhandene sozialarbeiterische Know-how der ambulanten Betreuungsdienste zum Casemanagement weiterentwickelt werden. Kommunale Vernetzungsstrukturen erleichtern die Arbeit und können die personenbezogene Integration unterschiedlicher Leistungen befördern. Neben der Sicherstellung und Koordination aller im Einzelfall zusammentreffenden Leistungen ist es die vornehmste Aufgabe des Casemanagements den Gesamtzusammenhang aller Leistung als Teilhabeförderung herzustellen und die eingliederungshilfespezifische Ausrichtung aller Hilfskomponenten zu sichern. Für Menschen mit Behinderung ist auf eine Wahlmöglichkeit hinsichtlich verschiedener Casemanagement-Leistungsangebote Wert zu legen.

---

<sup>35</sup> § 264 SGB V

<sup>36</sup> Strukturelle Weiterentwicklung der Teilhabe und Rehabilitationsleistungen für Menschen mit Behinderung, Diskussionspapier der Kontaktgesprächsverbände, Dezember 2003

<sup>37</sup> und/oder in § 55 SGB IX Abs. 2

Sofern eine umfassende Hilfeorganisation mit Verantwortung für die Lebensführung im ambulanten Kontext geleistet werden soll, wird die Herausbildung von „Generalunternehmerstrukturen“ unvermeidlich sein, wobei die Komposition der im Einzelfall beteiligten und kooperierenden Leistungserbringer jeweils unterschiedlich sein kann.

Casemanagement-Agenturen sind Dienste/Einrichtungen im Sinne des SGB XII und bedürfen deshalb entsprechender §§ 75-Vereinbarungen.

## 2.4 Das (trägerübergreifende) Persönliche Budget

### 2.4.1 Zielstellung

In den nächsten Jahren soll das trägerübergreifende Persönliche Budget (TPB) als antragsgebundene Leistungsform neben den Sach- und Geldleistungen der Eingliederungshilfe durch Steigerung von Attraktivität und Nutzerfreundlichkeit eine größere Bedeutung für Menschen mit Behinderung erhalten und nutzbar sein unabhängig von Art und Umfang der Behinderung im Einzelfall.

### 2.4.2 Probleme

- Das Herzstück des SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe ist das trägerübergreifende Persönliche Budget, das seit Juli 2004 nach § 17 SGB IX auf Antrag gewährt werden kann und ab 2008 zur Pflichtleistung wird. Das trägerübergreifende Persönliche Budget bietet prinzipiell die Chance, auf einen Leistungsberechtigten bezogen eine Integration von aus verschiedenen Systemen mit unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen gewonnen Leistungskomponenten zu schaffen, indem diese Entgelte pauschaliert werden und die konkrete Leistungskonfiguration und Ausgestaltung den Menschen mit Behinderung überlassen werden. Dies kann zu passgenaueren Unterstützungssettings führen. Damit ist das Persönliche Budget ein Versuch, die Zersplitterung des sozialen Leistungssystems im Einzelfall konkret zu überwinden. Bislang ist die gute Idee, Menschen mit Behinderung mehr Selbstbestimmung durch ein trägerübergreifendes Persönliches Budget zu ermöglichen in ihrer Umsetzung noch nicht weit fortgeschritten.
- Der Zwischenbericht der Bundesregierung vom Dezember 2006 ist in nicht nachvollziehbarer Weise vollmundig positiv ausgefallen, ohne sachgerechte kritische Hinweise der Fachöffentlichkeit, Verbände und insbesondere der Begeleitforschung aufzunehmen. Dass die vorhandenen Schwachstellen seitens der Regierung nicht benannt werden, wirkt wohl eher kontraproduktiv und trägt nicht dazu bei, die gute Idee vom trägerübergreifenden Persönlichen Budget weiter zu befördern.
- In vielen europäischen Ländern sind vergleichbare Leistungsformen, wenn auch unter deutlich anderen Rahmenbedingungen etabliert<sup>38</sup>. Die permanente Berufung von Be-

---

<sup>38</sup> Eindrucksvoll dargestellt sind die Unterschiede zur internationalen Situation bei Baur, Fritz, Persönliches Budget in der Eingliederungshilfe und Pflege, Vortrag auf dem 7. Caritas Rechtsforum am 8. und 9. 11. 2006, Havixbeck/Münster: „// Schweden: Im Gegensatz zu Deutschland mit seiner Vielzahl von Kostenträgern auf örtlicher und sachlicher Ebene gibt es für jeden Bürger in Schweden einen einheitlichen Kostenträger (staatlich/kommunal). Das erleichtert die Vergabe von Persönlichen Budgets in entscheidungserheblicher Weise. Darüber hinaus ist festzustellen, dass in Schweden der Aufwand pro behinderter Person und Jahr im Durchschnitt 80.000 € beträgt. Vergleichszahl für Deutschland: 40.000 €. Beide Sachverhalte machen einen seriösen Vergleich zwischen Schweden und Deutschland

hindertenpolitikern auf schwedische Verhältnisse ist unlauter, solange nicht auch die strukturellen (einheitliche Leistungsträgerschaft), finanziellen (doppelt so hohe durchschnittliche Fallkosten) und gesellschaftspolitischen Voraussetzungen (Sozialstaatsüberzeugung) von der Politik geschaffen werden.

- Mehrere Jahre Erprobung des Persönlichen Budgets haben bislang noch nicht dazu geführt, die zu bereinigenden Vorschriften zu überarbeiten (z. B. zur Zweckbestimmung von Teilleistungen, zur „bisherigen“ Höhe der Leistungen, zum Unterstützungs- und Beratungsbedarf). „Die Regelungen des § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX und die Regelungen der Budgetverordnung sind im Verlaufe der vergangenen zwei Jahre kaum verändert worden. Liest man sie heute neu, so stößt man auch jetzt noch auf Unklarheiten.“<sup>39</sup>
- Das Persönliche Budget ist vielerorts von Politik und Verwaltung in engem Zusammenhang mit aus ihrer Sicht notwendigen Einsparungen im Bereich sozialer Leistungen kommuniziert worden. Dies hat eine nachvollziehbare Skepsis bei vielen Menschen mit Behinderung, ihren Angehörigen, aber auch bei Fachleuten der sozialen Arbeit und Trägern hervorgerufen, zumal die Bewilligungszeiträume und -praktiken keinerlei Sicherheitsgefühl („Ich bekomme auch langfristig die Leistungen, die ich benötige.“) entstehen lassen.
- Die Feststellung des Hilfebedarfs vollzieht sich in den Modellregionen in unterschiedlicher Art und Weise. Um die sozialleistungsträgerübergreifende Integrationsfunktion des Persönlichen Budgets voll wirksam werden zu lassen, und um Rechtssicherheit für die Hilfeberechtigten und Sicherheit für die Budgetbemessung im Einzelfall zu erhalten, bedarf es einer bundeseinheitlichen, an der internationalen WHO-ICF-Norm orientierten Bedarfsfeststellung.
- Die zielgruppenadäquate Information über die Chancen und Möglichkeiten des Persönlichen Budgets und die Förderung geeigneter Erwachsenenbildungsprogramme lässt zu wünschen übrig.
- Budgetassistenz und Budgetberatung sind unverzichtbare Bausteine, damit Menschen unabhängig von Art und Ausmaß ihrer Behinderung Zugang zum Persönlichen Budget erhalten.
- Die leistungsrechtliche Bindung der einzelnen Komponenten eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets an das jeweilige „Herkunftssozialleistungssystem“ führt zu weiteren Komplikationen. Der Versuch über die Zielvereinbarungen, die jeweils typischen qualitativen Leistungserbringungskriterien auch an die jeweils individuell einzuwerbenden Leistungen im Rahmen des Persönlichen Budgets zu binden, ist in der Realität nicht machbar. Dies stellt sowohl den zuständigen Sozialleistungsträger

---

unmöglich. // Niederlande: Auch in den Niederlanden gibt es einen einheitlichen Kostenträger für Leistungen der Krankenkasse, der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe – sämtliche Leistungen kommen aus einer Hand. Der Budgetnehmer kann in jedem Einzelfall über einen monatlichen Sockelbetrag von rd. 100 € absolut nach freiem Ermessen verfügen, was die Attraktivität des Persönlichen Budgets erheblich erhöht. Auch ist die Kostenheranziehung des Budgetnehmers sehr viel geringer als dies in Deutschland der Fall ist (keine Sozialhilfe). // Großbritannien: Die meisten Leistungen der Behindertenhilfe sind als Ermessensleistungen ausgestaltet (auch das Persönliche Budget), das bedeutet sowohl für Sach- als auch für Geldleistungen erhebliche, örtlich unterschiedlich lange Wartelisten. Der Mangel wird also über mehr oder weniger lange Wartedauern (ähnlich wie im britischen Gesundheitswesen) ausgeglichen.  
<sup>39</sup> Bieritz-Harder, Renate, Das Persönliche Budget nach § 17 SGB IX, Vortrag auf dem 7. Caritas Rechtsforum am 08. und 09.11.2006, Havixbeck/Münster

als auch den jeweiligen Budgetnehmer vor unlösbare Kontroll- bzw. Gestaltungsprobleme und führt das Persönliche Budget ad absurdum.

- Die Gutscheinelösung zur Einbeziehung von Leistungen nach dem SGB XI in ein trägerübergreifendes Persönliches Budget erweist sich als weiteres strukturelles Hindernis.
- Seitens des Gesetzgebers ist eine Stimulation hinsichtlich der Entwicklung von notwendigen Verbraucherschutzelementen notwendig, um ein Mindestmaß an Qualität der sozial-pflegerischen Unterstützungsleistungen zu sichern und unseriösen Leistungsanbietern (incl. Schwarzarbeit) entgegenzuwirken.
- Der Hinweis des PARITÄTISCHEN Kompetenzzentrums Persönliches Budget vom September 2006 aus dem Zwischenfazit ist ernst zu nehmen: „So kann zusammenfassend derzeit davon ausgegangen werden, dass bis zum 31. Dezember 2007 kein umfassendes Gesamtkonzept zum Persönlichen Budget vorliegen wird und die Ziele des § 17 Abs. 6 SGB IX insbesondere zur Bemessung von budgetfähigen Leistungen in Geld kaum abschließend erreicht sind.“<sup>40</sup> Insofern ist das zuständige Ministerium gut beraten, sorgfältig den Hinweisen aus der Praxis und der Wissenschaft nachzugehen.

### 2.4.3 Lösungen

***Der Bundesgesetzgeber muss die vorhandenen und von der Fachwelt benannten Schwachstellen der gesetzlichen und untergesetzlichen Bestimmungen sowie missglückte Schnittstellenregelungen zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget bereinigen.***

Bis zum Ende des Jahres 2007 müssen die rechtlichen Unschärfen und notwendigen Erweiterungen des Konzepts in einer überarbeiteten Fassung verabschiedet sein, damit einer Nutzung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets als antragsgebundener Pflichtleistung ab 2008 nicht zusätzliche Hürden im Wege stehen. Insbesondere ist die unattraktive und systemstörende Gutscheinelösung hinsichtlich der Pflegeversicherung zu beseitigen. Das zuständige Ministerium kann dabei mit der konstruktiven Mitarbeit der Fachverbände der Behindertenhilfe rechnen, sofern Impulse erkennbar aufgenommen und die Interessen von Menschen mit Behinderung nachhaltig Berücksichtigung finden.

***Die kostenbezogene Deckelung ambulanter Leistungen ist aufzuheben.***

Sowohl für ambulante Leistungen wie für Leistungen des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets ist die Begrenzung der Leistungen unter Kostengesichtspunkten kontraproduktiv. Sie ist mit Blick auf die Forderung nach individuellen, passgenauen Unterstützungsleistungen unlogisch und fördert weder die Bereitschaft von Menschen mit Behinderung und ihrer Angehörigen auf das trägerübergreifende Persönliche Budget zuzugehen, noch die Entwicklung einer differenzierten Angebotslandschaft. Insoweit sind die Bestimmung des § 9 Abs. 2 SGB XII und die des § 17 Abs. 3 SGB IX anzupassen.

***Die Feststellung der Behinderung und des Hilfebedarfs sind zukünftig an ein einheitliches trägerübergreifendes, ICF-basiertes Verfahren zu binden.***

<sup>40</sup> PARITÄTISCHES Kompetenzzentrum Persönliches Budget, 2 Jahre Modelle zum Persönlichen Budget für behinderte Menschen – Ein Zwischenfazit, 23.09.2006

→ siehe 1.3.

***Zur Bemessung von Budgetleistungen in Geld ist ein bundeseinheitlicher Anhaltskatalog zu entwickeln.***

Die einheitliche Festlegung einzelner „Budget-Entgelt-Sätze“ widerspricht dem Grundgedanken des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets, der wesentlich auf die individuell spezifische Lebens- und Unterstützungssituation verweist. Allerdings zeigt das Modellprogramm, dass bei der Bemessung in Geld häufig Anleihen im Sachleistungssystem gesucht werden. Zur Steigerung der Verlässlichkeit und Transparenz sowie zur Nachvollziehbarkeit durch Betroffene (auch im Vorfeld der Entscheidung für ein trägerübergreifendes Persönliches Budget) erscheint ein bundesweit einheitlicher und bekannter Verfahrensweg mit signifikanten Anhaltswerten notwendig, der im Zusammenhang der Auswertung des Modellprojekts entwickelt werden kann.

***Information und Erwachsenenbildung ist die Voraussetzung für die Gewinnung zusätzlicher Hilfeberechtigter für ein trägerübergreifendes Persönliches Budget.***

Offensichtlich unterschätzt wurde in der politischen Diskussion die Notwendigkeit, über die Möglichkeiten, Chancen und die konkrete Praxis von Persönlichen Budgets zu informieren und bei Betroffenen und Angehörigen einen Prozess anzustoßen, der auf die neuen Möglichkeiten und Spielräume neugierig macht. Das hat mittlerweile auch die Bundesregierung erkannt und sieht in einer Informationsoffensive, die u. a. versucht, die Verbände der Menschen mit Behinderung und die Fachverbände in die Pflicht zu nehmen das probate Mittel.

„Insbesondere für Menschen mit Behinderung wird aber auch deutlich, dass nur längerfristige Lern- und Entwicklungsprogramme einen gelingenden Umgang mit dem Instrumentarium des Persönlichen Budgets ermöglichen. Zur Flankierung der weiteren Entwicklung sind deshalb umfangreiche, langfristig öffentlich geförderte erwachsenenbildnerische Programme notwendig, die das Zutrauen in eigene Kompetenzen stärken und den Umgang mit einem Persönlichen Budget vorbereiten und begleiten.“<sup>41</sup>

Der BeB und die anderen Verbände verweigern sich der Beteiligung an einer entsprechenden Bildungskampagne nicht und haben im Gegenteil schon in der Vergangenheit bis heute mehr zur konstruktiven Information über das trägerübergreifende Persönliche Budget beigetragen als staatliche Stellen. Jedoch sind in der augenblicklichen Situation nicht kurzzeitige Reklamefeldzüge von Nöten, sondern langfristig angelegte zielgruppenspezifische Erwachsenenbildungsprogramme. Die Bundesregierung muss hier mit nachhaltiger Projektförderung eingreifen, damit der Boden für eine stärkere Nutzung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets bereitet werden kann.

***Budgetberatung und -assistenz sind als notwendige Teilleistungen des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets anzuerkennen und bei der Budgetbemessung vollumfänglich zu berücksichtigen.***

Die Fachwelt einschließlich der Selbsthilfeeinitiativen ist sich darüber einig, dass Budgetberatung und -assistenz unabdingbar sind, sollen nicht von vornherein große Gruppen von der Nutzung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets ausgeschlossen werden. Das Vorhandensein unabhängiger und kostenfreier Budgetberatung und -assistenz allein oder gar der wenig Erfolg versprechende Verweis auf den Träger der Sozialhilfe

---

<sup>41</sup> Bundesverband evangelische Behindertenhilfe, Persönliches Budget in der Behindertenhilfe – eine Zwischenbilanz, Potsdam, Oktober 2006

bzw. die Servicestelle als Beratungsinstanz lösen die Unterstützungsprobleme von Menschen mit Behinderung nicht. Das Wahlrecht von Menschen mit Behinderung ist zu respektieren. Sie wollen die entsprechende Leistung dort in Anspruch nehmen, wo sie es für richtig halten und entsprechendes Vertrauen haben. Insoweit ist eine Berücksichtigung dieser vielfach notwendigen Leistung in der Bemessung der Komplexleistung unabdingbar. Zu § 17 Abs. 3 Satz 2 SGB IX ist klarzustellen, dass die erforderliche Budgetberatung und -assistenz je nach den Gegebenheiten im Einzelfall zusätzlich gewährt werden und die Budgetbegrenzung nach Satz 3 der Bestimmung hinsichtlich dieses Aspektes nicht greift.<sup>42</sup>

***Die „Herkunftsbindung“ der die Komplexleistung zusammensetzenden Komponenten und die damit verbundenen Nachweispflichten müssen aufgehoben werden.***

Es ist eine Anpassung der Bestimmungen in den einzelnen Sozialgesetzbüchern notwendig, die die Verwendung der Mittel des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets von unmittelbaren Gestaltungszwängen befreit. In Form einer gemeinsamen Reflektion zwischen dem/r Budgetnehmer/in und dem Zuständigen der beteiligten Leistungsträger soll die sinnvolle Verwendung des Budgets überprüft werden.

***Zum Schutz von Budgetnehmern/innen sind Verbraucherschutzmechanismen für personenzentrierte sozial-pflegerische Dienstleistungen zu stärken und eine grundständige Leistungserbringerbefähigung zu fordern.***

Weil das Persönliche Budget das Leistungsdreieck aufhebt<sup>43</sup> und die Verantwortung des Budgetnehmers und seine Wahlmöglichkeiten in den Mittelpunkt stellt, bleibt bei dieser Konstellation unter den gegenwärtigen gesetzlichen Bedingungen kein Raum für steuernde Eingriffe etwa im Wege von staatlicher Versorgungsplanung oder Leistungsvergabe (z. B. durch Ausschreibung). Damit entfällt auch die Möglichkeit, in qualitativer Hinsicht Mindestanforderungen zu setzen. Die Zulassung der Leistungserbringer und die Leistungsvergabe erfolgt dezentral – durch jede/n einzelnen Budgetnehmer/in. Hier ergeben sich neue Fragen des Verbraucherschutzes. Bundes- und Landesgesetzgeber stehen vor der Frage, ob ordnungs-, gewerbe- und berufsrechtliche Elemente zur Sicherung einer grundständigen Qualität personenzentrierter Betreuungs- und Pflegeleistungen notwendig sind.<sup>44</sup>

***Als Grundstufe des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets und am Nachteilsausgleich orientierte Leistungskomponente ist das Bundesteilhabegeld in das SGB IX aufzunehmen.***

Das Bundesteilhabegeld<sup>45</sup> soll angemessene Lebensgestaltung und soziale Teilhabe ermöglichen. Mit dieser Aufgabenstellung erfüllt das Bundesteilhabegeld einerseits die wichtige Funktion des Ausgleichs behinderungsbedingter Bedarfsaspekte, denen im Zuge der Schaffung des SGB XII im Hinblick auf diese besondere Zielgruppe nicht mehr ausreichend Rechnung getragen wird. Der BeB geht deshalb davon aus, dass ein festzu-

<sup>42</sup> Ggf. könnten notwendige Leistungen auch unter das vom BeB im Rahmen des § 54 Abs. 1 geforderte Casemanagement in der Eingliederungshilfe subsumiert werden.

<sup>43</sup> vgl. Vortrag von Ministerialdirektor R. Wilmerstadt anlässlich der BAGÜS-Fachtagung „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ am 3./4. Juni 2004 in Münster

<sup>44</sup> Conty, Michael, Voraussetzungen für eine gelingende Einführung des Persönlichen Budgets und Systemwirkungen des neuen Leistungselements, Beitrag zur 3. Europäischen Konferenz zur Qualitätsentwicklung in der Behindertenhilfe, 2005, Siegen, [http://www2.uni-siegen.de/~zpe/Europ\\_Konferenz/Michael%20Conty.pdf](http://www2.uni-siegen.de/~zpe/Europ_Konferenz/Michael%20Conty.pdf)

<sup>45</sup> Bundesverband evangelische Behindertenhilfe, Nachteilsausgleich durch ein Bundesteilhabegeld, Fulda, 03/2005

legender Anteil des Bundesteilhabegeldes anrechnungsfrei bleibt und als Aufstockung von Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung oder eigenem Einkommen erhalten bleibt, um den Nachteilsausgleich zu gewährleisten. Soziale Teilhabeförderung im Rahmen der Eingliederungshilfe verweist andererseits allerdings auf inhaltsgleiche Leistungen hinsichtlich der zweiten Komponente des Bundesteilhabegeldes. Gemeinsam mit dem Deutschen Verein sind wir der Auffassung, dass eine Anrechnung bei der Inanspruchnahme von Eingliederungshilfesystemleistungen vorzusehen ist.

Das Persönliche Budget ist ebenso wie die Sachleistungen eine Systemleistung des deutschen Sozialleistungswesens. Das Bundesteilhabegeld verfolgt mit seiner Nachteilsausgleichsorientierung einen anderen Zweck. Der BeB erkennt im Bundesteilhabegeld keine Konkurrenz zu Leistungen der Sozialversicherungen, weil diese keine Leistungen zum Nachteilsausgleich vorsehen<sup>46</sup>. Somit eröffnet das Bundesteilhabegeld den Menschen mit Behinderung mehr Wahlmöglichkeiten hinsichtlich selbstbestimmter Lebensführung als dies durch an feste Zielvereinbarungen gebundene Sachleistungen oder Persönliche Budget-Leistungen ermöglicht wird.

Gleichzeitig stellt das Bundesteilhabegeld so etwas wie eine „Grundstufe“ des Persönlichen Budgets dar und kann damit auch zur weitgehenden Akzeptanz des neuen Instrumentariums „Persönliches Budget“ dienen. Wenn nämlich als „Standard-Basisleistung“ eine Geldleistung erbracht wird, mit der auch individuelle Bedarfslagen abgedeckt werden, ist der Weg zum Persönlichen Budget im Einzelfall nicht weit. Richtig entwickelt, kann ein Bundesteilhabegeld nachhaltig zum Bürokratieabbau und unnötigen Kontrollroutinen dienen, die bislang die Leistungsgewährung und -erbringung belasten.

### 3. Schlussbemerkungen

Für eine konstruktive Diskussion zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe ist es notwendig, festzustellen, dass der derzeitige, in vielerlei Hinsicht nicht befriedigende Stand des Unterstützungssystems Ergebnis gesellschaftlicher, politischer und gesetzlicher Weichenstellungen der Vergangenheit und Gegenwart ist. Auf dieser Basis ist von Sozialleistungsträgern und der freien Wohlfahrtspflege gemeinsam der derzeitige Stand erarbeitet worden. Eine Weiterentwicklung des Unterstützungssystems in Richtung auf eine stärkere Personenzentrierung und eine Erweiterung des Anteils ambulanter Unterstützungsleistungen ist nicht allein von den Diensten und Einrichtungen zu erwarten, sondern setzt die Schaffung der gesellschaftspolitischen und leistungsrechtlichen Grundlagen und die stärkere Einbeziehung von Menschen mit Behinderung und ihren Vertrauenspersonen und Angehörigen voraus.

Der perspektivische Umbau des Unterstützungssystems hat Auswirkungen für die derzeit stationär betreuten Menschen mit Behinderung. Uns ist wichtig, dass diesen Personen (durchaus mit Anreizen versehene) Möglichkeiten eröffnet werden, ein Leben mit Unterstützungssicherheit außerhalb stationärer Zusammenhänge zu führen. Gleichzeitig ist aber auch ihre Entscheidung zu akzeptieren, wenn sie sich gegebenenfalls nach vielen Jahren für einen weiteren Verbleib in ihrer Wohneinrichtung entscheiden.

---

<sup>46</sup> Folgerichtig kann auch keine Anrechnung des Bundesteilhabegeldes auf Teilhabeleistungen stattfinden, die der Gesetzgeber Sozialversicherungsleistungen gleich gestellt hat. Insbesondere sind also alle Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation ohne Anrechnung des Bundesteilhabegeldes zu erbringen.

Dienste und Einrichtungen werden durch den angestoßenen Wandel des Unterstützungssystems vor erhebliche fachliche und wirtschaftliche Herausforderungen gestellt. Damit der intendierte Wandel auch in dieser Hinsicht gelingt, sind sorgfältig die Bedingungen herauszuarbeiten und umzusetzen, die für eine entsprechende Umorientierung förderlich sind.

Wir sind der Auffassung, dass populistische und polemische Formulierungen wie z. B. „Selbstbestimmung statt Fürsorge“ in der gegenwärtigen Diskussion nicht hilfreich sind und falsche Gegensätze aufbauen. Das Gegenteil von Selbstbestimmung ist Fremdbestimmung - nicht Fürsorge. Es ist für den BeB selbstverständlich, jeweils nach einer Unterstützungsform und -praxis zur Teilhabeförderung von Menschen mit Behinderung zu suchen, die die Autonomie und Integrität der Person und ihre Bürgerrechte sicherstellt. Selbstbestimmung ist eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für ein „gutes Leben“. Dies setzt für Menschen mit Behinderung materielle Absicherung, gesellschaftliche Akzeptanz, soziale Teilhabe und die selbstverständliche Verfügbarkeit der hierfür notwendigen Unterstützungsleistungen voraus. Wohlverstandene, nicht eingrenzende Fürsorge andererseits wird auch weiterhin für Menschen mit Behinderung notwendig sein, die während unterschiedlich langer Lebensabschnitte und in spezifischen Lebenssituationen, z. T. aber auch lebenslang und in vielen Bereichen des täglichen Lebens als Gestalterinnen eines selbständigen und selbstverantworteten Lebens überfordert sind. Gleichwohl ist mit geeigneter, sensibler Unterstützung häufig mehr an Selbstbestimmung und selbstverantworteter Gestaltung möglich als allgemein angenommen. Diesen Personen gegenüber bleibt der fürsorgende Sozialstaat verantwortlich, ihnen ein Leben in Achtung und Würde in der Gemeinde aller Bürgerinnen und Bürger zu garantieren und die hierfür notwendigen Leistungen zur Teilhabe bereit zu stellen.

Der in Deutschland neue, im internationalen Raum<sup>47</sup> seit langem verwendete Fachbegriff „Inklusion“ weist weit über die Normalisierungs-, Selbstbestimmungs- und Integrationsdiskussion hinaus und ist Anknüpfungspunkt für eine notwendige gesamtgesellschaftliche Entwicklung auch in Deutschland. Wörtlich übersetzt bedeutet Inklusion: Einschluss, Einbeziehen. Nach Wansing (2007) geht es dabei keinesfalls „um ein neues pädagogisches Konzept oder gar um eine neue heilpädagogische Methode, die man lernen und in Schulen, Wohneinrichtungen oder ambulanten Diensten einfach umsetzen könnte. Inklusion steht vielmehr

- für eine Betrachtung gesellschaftlicher Gegebenheiten,
- für eine neue Sichtweise auf Behinderung und
- für einen daraus folgenden radikalen Perspektivenwechsel in der Sozial- und Rehabilitationspolitik.

Dieser Richtungswechsel liegt im Kern darin, dass nicht mehr in erster Linie Personen und ihre Beeinträchtigungen den Ausgangspunkt für Diagnosen und Interventionen bilden, sondern gesellschaftliche Strukturen, die Barrieren darstellen und dadurch Behinderung und Ausgrenzung erst produzieren.“<sup>48</sup> Der BeB versteht die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe durch die Stärkung ambulanter Unterstützungssegmente als einen Schritt auf dem langen Weg zur Inklusion. Damit dies gelingen kann sind alle, Bund,

<sup>47</sup> Vgl. UN-Konvention zur Förderung und zum Schutz der Rechte und Würde von Menschen mit Behinderung (2006)

<sup>48</sup> Wansing, Gudrun, Was für Mitarbeitende brauchen wir vor dem Hintergrund von Inklusion zukünftig in der Behindertenhilfe?, Vortrag im Rahmen der Tagung „Alles was Recht ist...“, 09.02.2007, Bielefeld-Bethel

Länder und Kommunen, gefordert, die Inklusionskultur und die Aufnahmebereitschaft unserer Gesellschaft nachhaltig zu entwickeln.

Dem BeB geht es dabei um eine Ausrichtung, die dem Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit Behinderung mehr Spielräume eröffnet und ihnen einen Platz in der Mitte der Gesellschaft sichert. „Unser Platz ist mitten in der Gesellschaft. Dort wollen wir zusammen leben und arbeiten“ formuliert die Rheinsberger Erklärung (BeB, Januar 2006), die von den Teilnehmer/innen einer Arbeitstagung für Menschen mit Behinderung entwickelt wurde. Wir sind der Auffassung, dass Teilhabe umfassend zu fördern und zu unterstützen ist, denn dies ist der Schlüssel zu Inklusion – dem selbstverständlichen Zusammenleben aller Menschen in unserer Gesellschaft.

---

Zur Diskussion vom Vorstand freigegeben.  
Berlin, 23.03.2007