

Thesen

zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen (nach dem SGB XII)

– Ein Impuls für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention durch den 17. Deutschen Bundestag –

In unserer Gesellschaft sind Chancengleichheit und gleichberechtigte Teilhabe für Menschen mit Behinderungen noch immer nicht voll verwirklicht. Die rechtliche Neuausrichtung der Behindertenpolitik durch das Neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX, 2001), das Behindertengleichstellungsgesetz (2002) und das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (2006) waren zwar wichtige Schritte des Gesetzgebers; gleichwohl werden behinderte Menschen, z. B. in Kindergärten, Schulen, Berufsausbildung und Arbeitswelt, im Studium, aber auch im Privatleben – etwa beim Wohnen – allzu häufig, und oft schon von Geburt an, nicht gleichberechtigt in das gesellschaftliche Leben einbezogen.

In der Behindertenrechtskonvention der UN, die im März 2009 in Deutschland in Kraft getreten ist, wird insbesondere die Zielsetzung eines verstärkten Zugehörigkeitsempfindens¹ angeführt. Begriffe wie dieser gehörten bislang nicht zum etablierten Vokabular des Menschenrechts-Diskurses. Er steht für eine spezifische Ausrichtung der Behindertenrechtskonvention, die gegen die Unrechtserfahrung gesellschaftlicher Ausgrenzung eine freiheitliche und gleichberechtigte soziale Inklusion einfordert.

Inklusion als sozialpolitisches Konzept macht separierende Einrichtungen tendenziell überflüssig, weil alle Bürger die erforderlichen Hilfen unabhängig von ihrem Wohn- und Lebensort erhalten können, welche sie wegen ihrer chronischen Krankheit oder Behinderung – ggf. auch in hochspezialisierter Form – benötigen. Das Prinzip Inklusion drückt umfassende gesellschaftliche Solidarität mit Menschen aus, die einen Hilfebedarf haben, wobei aber „hilfsbedürftig“ nicht gleichbedeutend ist mit mangelndem Potential an Eigenständigkeit oder fehlender Rechts- bzw. Handlungsfähigkeit. Inklusion dient der Gleichstellung und Gleichbehandlung aller – bei gegebener Verschiedenheit der Menschen².

Um Inklusion zu erreichen, misst vor allem Artikel 26 der UN-Behindertenrechtskonvention der Habilitation und Rehabilitation eine wesentliche Bedeutung bei: Menschen mit Behinderungen sollen dadurch in die Lage versetzt werden, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, d. h. umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten zu entwickeln sowie die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Dazu notwendige Dienste und Programme umfassen auch Sozialdienste. Bei der künftigen Entwicklung der Eingliederungshilfe sind deshalb auch weiterhin die Aufgaben der Habilitation und Rehabilita-

¹ (...enhanced sense of belonging)

² human diversity

tion (vgl. dazu auch § 4 in Verbindung mit § 53 Abs. 3 SGB IX) zu berücksichtigen und generell ist bei allen Diensten für behinderte Menschen die rehabilitative Orientierung zu fördern. Das bedeutet zugleich: Es sind alle nötigen Leistungen durch entsprechend geeignete Dienste und Einrichtungen zu erbringen.

I. Ziele der weiteren Entwicklung im Bereich Eingliederungshilfe

Auf diesem Hintergrund greift bei der Eingliederungshilfe eine isolierte „Weiterentwicklung des Eingliederungshilferechts“ wesentlich zu kurz. Die Behindertenpolitik in Deutschland muss ein umfassendes sozialpolitisches Konzept vollziehen, das ausgehend von den bisherigen Schritten³ die gleichberechtigte gesellschaftliche und soziale Inklusion erreicht.

Dieses Konzept sollte nach Auffassung der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) Folgendes beinhalten:

1. **Selbstbestimmung ermöglichen** – so lautet der Handlungsauftrag an alle Akteure der Behindertenpolitik und der Arbeit für und mit behinderten und chronisch kranken Menschen. Die bei den Instrumenten zur Verwirklichung der Selbstbestimmung noch bestehenden Einschränkungen und sozialrechtlichen Unterschiede (z. B. SGB IX, XI und XII) insbesondere des Wunsch- und Wahlrechts und der Ausführung von Persönlichen Budgets, sind daher zu beseitigen.
2. **SGB IX weiterentwickeln** – das heißt: Die in diesem übergreifend angelegten deutschen Gesetz zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen schon weitgehend vollzogene Zusammenfassung aller Rechte behinderter Menschen in einem Buch des SGB soll fortgesetzt und abgeschlossen werden. Dann können – bis auf die gesondert bestehenden Zuständigkeiten und Anspruchsgrundlagen – alle dazu bisher noch in den trägerspezifischen Büchern des SGB verbliebenen Regelungen entfallen bzw. abschließend auf das SGB IX übergeleitet werden. Dies ist sinnvoll, um verschiedene Interpretationen zum Vorrang trägerspezifischen Rechts einzugrenzen.
3. **Leistungen zur Teilhabe – ohne Prüfung der Bedürftigkeit** –⁴, sind stets nach Zielsetzungen zu erbringen, die individuelle Beteiligung am gesellschaftlichen Leben stärken.
4. **Unabhängig von der jeweiligen Zuständigkeit einzelner Leistungsträger** muss insgesamt das Ziel verfolgt werden, dass alle Menschen mit vergleichbaren Behinderungen von all diesen Trägern die aus gegebenem Anlass erforderlichen Leistungen in gleichem Umfang und in gleicher Qualität erhalten können.
5. In diesem Sinne soll das gesamte **Rehabilitations- und Behindertenrecht zu einem Teilhaberecht** mit folgenden Eigenschaften werden:

³ insbes. Schaffung des SGB IX (2001) und Überführung des Rechtskreises der Leistungen nach dem BSHG von 1961 in das SGB XII (2005)

⁴ Für die Lebensunterhaltssicherung bleiben der Einzelne bzw. seine unterhaltspflichtigen Personen verantwortlich: Leistungen zum Unterhalt nach dem SGB II, bei Erwerbsunfähigkeit (SGB VI) oder nach dem SGB XII nur bei Bedürftigkeit!

- 5.1 Es regelt die sozialstaatliche Unterstützung bei der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, wenn infolge von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit Einschränkungen drohen.
- 5.2 Art und Ausprägung einer Teilhabebeeinträchtigung sind dabei Indikation für Art und Umfang sozialstaatlicher Leistungen zur Vermeidung, Minderung oder Beseitigung dieser Beeinträchtigungen.
- 5.3 Leistungen zur Teilhabe werden insbesondere unabhängig von Leistungen der Krankenbehandlung ausgeführt. Im Fall von Überschneidungen der Zielsetzungen sind praktikable Regelungen zu treffen. Leistungen, die der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft dienen, sind dabei soweit möglich wie aus einer Hand zu erbringen und mit Leistungen zur Krankenbehandlung eng zu verzahnen; dazu ist das Leistungserbringungsrecht zu vereinheitlichen und Schnittstellen sind unstreitig zu regeln.
- 5.4 Die Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung richtet sich nach den Kriterien der ICF⁵; sie ist bei der erstmaligen Wahrnehmung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung mit Bindungswirkung für alle beteiligten Träger unabhängig von deren Zuständigkeit zu treffen und dem Verlauf der Teilhabeentwicklung entsprechend fortzuschreiben. Dabei ist den Kontextfaktoren, die für die einzelnen Träger unterschiedliche Bedeutung haben können, angemessen Rechnung zu tragen.
- 5.5 Das Teilhaberecht konkretisiert Artikel 26 der Behindertenrechtskonvention, wonach der Staat umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste organisiert, stärkt und erweitert – also solche, die für den Einzelnen die Chancen auf Selbstständigkeit und Souveränität in der Teilhabe verbessern.
- 5.6 Notwendig ist die mitgestaltende Beteiligung betroffener Menschen an der Ausgestaltung ihrer Rehabilitation. Dies kann auf verschiedene Weise ermöglicht werden, z. B. mittels der Errichtung eines Teilhaberrats zur Eingliederungshilfe beim BMAS, der mit sämtlichen Akteuren und unterstützt durch unabhängige Forschung im Konsensverfahren Leitlinien für Teilhabeleistungen entwickelt. Jedenfalls ist unabhängig von einem gewählten Regelungsweg völlig unverzichtbar, dass chronisch kranke, behinderte oder pflegebedürftige Menschen und deren Verbände an der künftigen Entwicklung der Leistungen, der Kriterien zur Qualitätsanforderung und -sicherung sowie an der Schaffung möglichst einheitlicher Verfahren für die trägerübergreifende, umfassende Feststellung des individuellen Teilhabebedarfs in Augenhöhe mitwirken können. Innovationen und Leistungen zur Bewältigung besonderer Problemlagen dürfen dadurch jedoch nicht beeinträchtigt werden.
- 5.7 Die Träger der Teilhabeleistungen sollen durch entsprechende Auflagen angehalten werden, ihren Pflichten nach § 19 SGB IX nachzukommen und sicherzustellen, dass die nach Anzahl und Qualität erforderlichen Leistungsangebote regional auch tatsächlich vorhanden sind. Dies bedeutet insbesondere, dass sie auf erfahrene gemeinnützige und private Akteure im Sozial-, Berufsbildungs- und Gesund-

⁵ "International Classification of Functioning, Disability and Health" der Weltgesundheitsorganisation

heitswesen einwirken, entsprechende Einrichtungen und Dienste zu entwickeln, und dass sie entsprechende Ressourcen dafür einsetzen.

5.8 Die mit der Budget-Verordnung nach § 17 SGB IX für die Ausführung von Leistungen als Persönliches Budget geschaffenen Verfahren für die Überwindung von Schnittstellenproblemen des gegliederten sozialen Leistungssystems, insbesondere die Zielvereinbarung, sollen Vorbild für das Verfahrensrecht bei allen Teilhabeleistungen werden. Mit den auf das Individuum zentrierten und dialogbasierten Verfahren soll auf regionaler Ebene insgesamt die Bedarfsgerechtigkeit, Zweckmäßigkeit und Kontrollierbarkeit der Leistungen unter Berücksichtigung der lebensweltlichen Kontextfaktoren sichergestellt werden.

5.9 Es sollte geprüft werden, ob es sinnvoll und weiterführend ist, für alle Leistungen zur Teilhabe und für ihre Erbringung ein Schiedsstellenverfahren zu etablieren.

II. Reformgrundsätze für Menschen mit Eingliederungshilfebedarf

In der Aufgabenerfüllung von Gemeinden und Gemeindeverbänden sind sowohl die öffentliche Fürsorgepflicht als auch das Recht auf individuelle Teilhabeleistungen beim Zielpersonenkreis der Eingliederungshilfe unentbehrlich. Beide Elemente sind – entsprechend den persönlichen Lebensumständen – notwendig. Eine nur eingleisige Antwort der sozialen Gemeinschaft auf komplexe Hilfebedarfe kann in äußersten Fällen zu extremen Entwicklungen bei schwer behinderten Menschen führen: Entweder zu einer fürsorglichen Bevormundung durch Institutionen bzw. andere persönliche Abhängigkeitsverhältnisse *oder* zur einer selbstbestimmten Verwahrlosung inmitten eines auf Inklusion ungenügend eingerichteten Umfelds. Alle Formen der Erbringung von Leistungen, die Leistungsberechtigte dem einen oder anderen Extrem überlassen, sind unzulässig, weil dies entweder den Unterstützungsbedarf oder das Teilhabepotenzial ignorieren würde; von der zu fördernden Persönlichkeitsentwicklung Betroffener, die sich „dazwischen“ abspielen soll, ganz abgesehen.

Die Sozialhilfeträger müssen künftig ihre Leistungen so einsetzen, dass bei der Eingliederungshilfe jede Klientin/jeder Klient in der Wahl der Lebens-, Wohn-, Arbeits- und Hilfestaltung so frei wie möglich wird. Das setzt gezielte Fähigkeitsentwicklung beim Betroffenen voraus. Personenzentrierte Förderung in diesem Sinne heißt aber auch, dass die dazu nötigen Dienstleistungen unabhängig vom gewählten Wohnort in Anspruch genommen werden können.

1. Unter dem **Fürsorgeaspekt** sollen die Bestimmungen des SGB XII künftig nur noch gegenüber Hilfebedürftigen insoweit gelten, als entsprechende Leistungspflichten nicht bereits durch die Regelungen der übrigen Sozialgesetzbücher erfasst sind. Die Verantwortung und die **Pflichten der Sozialhilfe als Leistungsträger zur Teilhabe** wird dagegen im Teilhaberecht des SGB IX geregelt und dort nachdrücklich gestärkt. Nur so lange sich notwendige Leistungen im Teilhaberecht (noch) nicht zuverlässig und vollständig abbilden lassen, soll für Fälle, in denen die Zuständigkeitsregelungen des § 14 SGB IX keine rasche Klärung ermöglichen, die „Auffangfunktion“ der Sozialhilfe bestehen bleiben⁶.

⁶ bei Beachtung der Bestimmungen des § 43 SGB I zur Vorleistungspflicht

2. Auch unabhängig von allen Teilhabeleistungen und anderen Formen personenbezogener Eingliederungshilfe: Menschen mit Behinderungen sind als **selbstverständlicher Teil der sozialen Gemeinschaft** zu achten, d. h. sie dürfen nicht aus der Wahrnehmung der Bevölkerungsmehrheit nahezu verschwinden. Die Behindertenrechtskonvention, welche volle Handlungsfähigkeit behinderter Menschen im rechtlichen Sinne generell unterstellt, trifft dazu u. a. folgende Festlegungen:
- Die Dienste öffentlicher Daseins(vor)sorge der Gesellschaft – z. B. Erziehungs- und Bildungswesen, Mindestsicherung Erwerbsloser, allgemeines Gesundheitswesen, Arbeitsförderung und -schutz sowie andere Bürgerdienste – müssen den Menschen auch bei Behinderung voll zur Verfügung stehen (**Inklusion**).
 - Auch alle anderen für die Lebensqualität von Bürgern wichtigen Angebotsstrukturen müssen der tatsächlichen menschlichen Verschiedenheit in Gesundheit, Fitness, Kognition und Kommunikation zumindest insoweit Rechnung tragen, als dies mit vertretbarem Aufwand irgend möglich ist. Dies gilt für Behörden, Rechtspflege, Medien und Verkehrsnetze genau so wie für kulturelle Einrichtungen (**Barrierefreiheit**).
 - Erforderliche Schritte hin zu einer Normalisierung des Lebensalltags behinderter Menschen in Konvergenz mit dem Leben der nicht behinderten Bevölkerung gelingen nur, wenn regelmäßig beanspruchte Dienste/Unterstützungsstellen, die speziell behinderte Menschen benötigen, direkt vor Ort – bei Bedarf auch als „zugehende“ Angebote – verfügbar sind. Andere und seltener benötigte Spezialdienstleistungen sollen zumindest regional und gut erreichbar vorhanden zu sein. Zu einer planvollen Versorgung mit sozialräumlichem Bezug gehören somit auch richtig dimensionierte und vernetzte „Vorhalteleistungen“ für die Unterstützung in besonderen Ausnahmefällen, in Krisen oder bei akuten Hilfebedarfen (**Bedarfsgerechtigkeit**).
 - Staatliche Pflicht ist es auch, auf Dauer die Marktordnung, das Finanzwesen, das Verbraucher- und Arbeitsrecht sowie die politischen Beteiligungsmöglichkeiten für die Bürgerschaft schrittweise so zu regulieren, dass Menschen mit Behinderungen nicht an einer gewünschten Teilhabe gehindert sind (**Chancengleichheit**).
 - Soweit die Umsetzung dieser Zielvorgaben (noch) nicht gelingt, löst dies im Sinne eines gesellschaftlichen Entschädigungsrechts einen Anspruch auf **Nachteilsausgleich** aus, der einklagbar ist.
3. Eine inklusiv organisierte, barrierefrei gestaltete, nicht diskriminierende soziale Gemeinschaft, deren strukturelle Ausgestaltung in erster Linie der kommunalen Selbstverwaltung obliegt, optimiert **bürgerschaftliche Selbsthilfe- und Selbstorganisationskräfte** und fördert so die Teilhabe behinderter Menschen konkludent. Dies hilft, den Aufwand der Kommunen für personenbezogene Einzelleistungen und Sonderstrukturen der Eingliederungshilfe zu verringern.
4. **Sozialhilfeträger haben einen bundesgesetzlichen Sicherstellungsauftrag.** Sie müssen den wegen Behinderungen in ihrer Teilhabe beeinträchtigten Menschen ihres Versorgungsgebiets einen Standard an Leistungen und Unterstützung gewährleisten, der ihre Menschenwürde sichert. In Zeiten flexibler kommunaler Gesamtbudgets ist es den Kommunen möglich, mit Hilfe sowohl eigener als auch freier Planung (Subsidiarität!) alle sich bietenden Chancen zu nutzen, um mit vorausschauenden Investitionen in den Woh-

nungs-, Schul-, Kinder- und Seniorenstättenbau, in die Verkehrsentwicklung und kommunale Sozialberatung sowie durch Förderung geeigneter bürgerschaftlicher Initiativen darauf Einfluss zu nehmen, dass sich in der Eingliederungshilfe eine Kostenentlastung einstellt. Dem dient auch kluges raumplanerisches und ordnungspolitisches Handeln.

5. Unabhängig von mehr barrierefrei zugänglichen, für die gesamte Bürgerschaft bereit stehenden Unterstützungsangeboten ist vor allem die Methode **Rehabilitation** für schwer behinderte Menschen – mit der langfristigen Perspektive größerer Selbstbestimmung – ein wertvoller Schlüssel zur aktivierenden Wirkung der Eingliederungshilfe. Denn gerade wenn alle Sozialleistungen nachhaltiger eingesetzt, künftig also stärker an einer Verringerung des Fremdhilfebedarfs orientiert sein sollen, dann müssen durch gezielte Rehabilitation die individuelle Befähigung⁷ in den Alltagskompetenzen und die Modifikation behindernder Kontextfaktoren – beides im Sinne der Stärkung funktionaler Gesundheit gemäß ICF – konsequent angegangen werden, anstatt sich viel zu früh mit einer aufwändigen Rundum-Versorgung dieser Zielgruppe auf Dauer abzufinden. Rechtzeitige und verständliche Beratung, Case-Management und eine spezifische Teilhabeunterstützung⁸ unterstreichen dabei nachhaltig, dass alle Teilhabeleistungen sich immer auf die alltägliche Lebenswelt und auf die praktisch relevanten Aspekte im Alltagsleben des Einzelnen ausrichten.

III. Appell

Die DVfR fordert alle verantwortlichen Beteiligten, die zu Inklusion und Rehabilitation beitragen, eindringlich auf, jetzt zu handeln! Es gilt, einen nachhaltigen Paradigmenwechsel in der Förderung, Unterstützung und Achtung für Menschen, die Anspruch auf Teilhabeleistungen haben, gemeinsam voranbringen.

Im September 2009

gez.:

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann

Vorsitzender der DVfR

gez.:

Klaus Lachwitz

Leiter des DVfR-Ausschusses zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe

2 Anlagen: Erläuterungen
Fallbeispiel „Problemaufriss“

⁷ (empowerment)

⁸ Bewährte Konzepte reichen von schulbegleitenden Integrationshilfen über angemessene berufliche Bildungsangebote und Haushalts- bzw. Wohntraining bis hin zur Arbeitsassistenz und unterstützten Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.