

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

Impulse für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention durch den 17. Deutschen Bundestag

Vorbemerkungen

Die DVfR nimmt zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe (EH) für Menschen mit Behinderungen deshalb Stellung, weil nach ihrer Auffassung in der bisherigen Diskussion Artikel 26 der Behindertenrechts-Konvention der Vereinten Nationen („Habilitation und Rehabilitation“) bei Überlegungen zum Reformbedarf dieses Bereichs in Deutschland zu wenig berücksichtigt wird. Der Artikel lautet:

- (1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich betreffend die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste, und zwar so, dass diese Leistungen und Programme
 - a) im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multi-disziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen;
 - b) die Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran unterstützen, freiwillig sind und Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten.*
- (2) Die Vertragsstaaten fördern die Entwicklung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Habilitations- und Rehabilitationsdiensten.*
- (3) Die Vertragsstaaten fördern die Verfügbarkeit, die Kenntnis und die Verwendung unterstützender Geräte und Technologien, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, für die Zwecke der Habilitation und Rehabilitation.*

In den bisherigen Entwürfen und Stellungnahmen zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe, insbesondere in den Thesen der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK), werden Erfahrungen und Potentiale der Rehabilitation bisher zu wenig berücksichtigt.

Rehabilitation wird von der DVfR im Sinne der WHO folgendermaßen verstanden:

„Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung, zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität und zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“ (WHO, Definition der Rehabilitation: Technical Report 668/1981).

Aspekten wie Förderung Ermöglichung und Sicherung von Teilhabe, Befähigung und Empowerment zur Selbstbestimmung, Teilhabe fördernde Gestaltung der Kontextfaktoren und auch dem Gesichtspunkt der Verringerung des Leistungsbedarfes mit verbesserten Aktivitätsmöglichkeiten durch Maßnahmen der Rehabilitation wird bislang zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Die Erfahrungen aus der sozialen, pädagogischen, beruflichen und medizinischen Rehabilitation belegen nämlich, dass bei richtiger Anwendung, bedarfsgerechter Konzeption und niedrigschwelliger Erreichbarkeit erhebliche Wirkungen auf die soziale, (vor-)schulische und berufliche Teilhabe erzielt werden können. Allerdings muss das System der Rehabilitation vermehrt in Richtung Lebenswelt und Berücksichtigung der Kontextfaktoren sowie der zeitlichen und örtlichen Flexibilisierung einschließlich aufsuchender Formen der Leistungserbringung entwickelt werden. Neben Unterstützungsleistungen sind spezifische fachdienstliche Leistungen verschiedener Disziplinen erforderlich, die erst in ihrem Zusammenwirken die Teilhabe möglich machen oder die Chancen dazu verbessern. Das vorherrschende System von zeitlich begrenzten, oft wohnortfern durchgeführten Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation wird den Anforderungen aus Sicht der Eingliederungshilfe nicht gerecht.

Das in der Anlage angefügte **Fallbeispiel** soll die Problemstellungen im Einzelnen illustrieren, die mit einer rehabilitationsbetonten Fortentwicklung von Recht und Praxis für Menschen mit Eingliederungshilfebedarf einer Lösung näher gebracht würden.

Darin wird deutlich, dass zumindest analytisch 2 Formen von Leistungen in der EH unterschieden werden können: Z. e. Leistungen der Unterstützung, d. h. solche Leistungen, die Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit ausgleichen und dadurch gesellschaftliche Inklusion ermöglichen, z. a. Leistungen der Rehabilitation (nach obiger Definition), welche darauf zielen, die Beeinträchtigungen selbst noch zu vermindern, zu beseitigen oder mindestens im Sinne von Förderung der Lebensqualität zu verändern. Sicher kann man diese Leistungen nicht immer ganz voneinander trennen, dennoch folgen sie jeweils einer anderen, eigenen Logik und erfordern zumeist teilweise unterschiedliche Dienste und Einrichtungen, mindestens aber Komplexleistungen, wie z. B. die interdisziplinäre Früherkennung und Frühförderung oder integrierte Formen der Leistungserbringung mit trans- oder interdisziplinärer Arbeitsweise – etwa integrierte therapeutische oder ärztliche Dienstleistungen im Sinne der Eingliederungshilfe. Dementsprechend ist nicht davon auszugehen, dass Rehabilitationsleistungen ausschließlich von der Sozialversicherung und Unterstützungsleistungen ausschließlich von der Sozialhilfe zu finanzieren sind: Wenn z. B. einerseits persönliche Unterstützung zu den Leistungen der beruflichen Rehabilitation (etwa im Rahmen einer Maßnahme im Berufsbildungswerk) und andererseits pädagogische, medizinische und arbeitstherapeutische Leistungen zur EH gehören (z. B. in Werkstätten für behinderte Menschen [WfbM] oder mit Komplexeinrichtungen für schwerstbehinderte und kranke Menschen), so sind bislang oft duale Finanzierungsformen und die Zusammenführung leistungsrechtlich unterschiedlicher Bausteine auf Ebene der Leistungsträger unabdingbar gewesen.

Soweit es für die Argumentation zielführend erscheint, wird deshalb im Folgenden schematisch unterschieden zwischen reinen Unterstützungsleistungen/Assistenz und Rehabilitationsleistungen.

Statt im Rahmen eines Konzepts zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe nur Forderungen isoliert für die Subsysteme der medizinischen, beruflichen oder sozialen Rehabilitation zu erheben oder lediglich auf den Vorrang der Sozialversicherungsleistungen vor Leistungen der Eingliederungshilfe zu verweisen, und anstatt einzelne Leistungsbereiche u. U. mehr als bisher der Sozialhilfe oder anderen Sozialleistungsträgern „zuzuteilen“ – die Sozialhilfe im Übrigen aber vorwiegend als System auszugestalten, das nur ausgleichend und helfend die personenzentrierten Leistungen organisiert –, schlägt die DVfR vor, eine weitergehende Perspektive zu verfolgen und die Leistungen der Sozialhilfe dem umfassenden Paradigma der Teilhabe unterzuordnen. So werden alle Leistungen – assistive, fördernde und rehabilitative – konzeptionell, sozialrechtlich und leistungsrechtlich miteinander verbunden.

Hierzu erscheint eine Weiterentwicklung des SGB IX im Sinne eines umfassenden TeilhabeGesetzbuchs als sinnvollster Schritt: Die Eingliederungshilfe sollte dann als Teil des SGB IX ausgestaltet werden. Die Vorstellungen der DVfR dazu sind im vorstehenden Thesenpapier zusammengefasst.

Für die DVfR stellt sich dieses Vorgehen als brauchbarer, erfolgversprechender Weg zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (CRPD) dar.

Im Folgenden sollen einige Erläuterungen zu dieser Sichtweise gegeben werden.

Einführung

Das deutsche Sozialgesetzbuch (SGB) spiegelt in seinen Büchern I bis XII das gegliederte System sozialer Leistungen wider – hoch differenziert, aber auch für viele unübersichtlich oder mit zahlreichen Schnittstellen der Zuständigkeit behaftet – und bildet seine rechtlichen Grundlagen. Leistungen für Menschen mit angeborenen oder erworbenen Behinderungen, bei denen eine geistige, seelische, sinnesorganische, körperliche oder mehrfache Beeinträchtigung besteht und die nicht sozialversichert sind, haben ihre sozialrechtliche Grundlage in den Bestimmungen der EH im SGB XII. Mit einem Finanzvolumen von derzeit fast 13 Mrd. €/Jahr hat sich in Deutschland die EH zu einem zentralen Aktionsfeld der sozialen Arbeit für und mit behinderte(n) Menschen entwickelt. Rechtsansprüche Betroffener auf Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe richten sich an die Sozialhilfeträger.¹

Im gegliederten Sozialleistungssystem kommt der Sozialhilfe eine besondere Rolle als letzter Garant und Ausfallbürge für im Einzelfall notwendige Leistungen zu. Eine der Besonderheiten hierbei ist, dass für *bestimmte* Leistungen Betroffene innerhalb festgelegter Grenzen die ihnen verfügbaren Eigenmittel vorrangig einsetzen müssen, um die Bedarfslage(n) zu bewältigen. (Zu Recht gilt aber der Grundsatz nachrangiger Leistungspflicht im Bereich der EH nur teilweise.) Eine andere besteht darin, dass *allgemein* das SGB XII – wenn auch ggf. nachrangig – den Klienten ganzheitlich einen angemessenen Standard über alle essentiellen Lebensbezüge hinweg anzubieten hat,

¹ Dabei sind die Kommunen (Landkreise, Städte) bewährte Ausführungsverantwortliche für das Bundesrecht SGB XII (unter Beachtung des SGB IX); der Bund bleibt allerdings finanziell in der Mitverantwortung, wenn kommunale Belastungsgrenzen erreicht werden (vgl. hierzu Hinweise u.a. auf das Bundesteilhabegeld S. 6 oben und S. 8 unten).

ganz gleich, ob es sich um deren Unterhaltssicherung inklusive Ausgleich behinderungsbedingten Mehraufwands, um Wohnen, rehabilitationspädagogische Früherziehung oder schulische und berufliche Bildung, Arbeitstätigkeit oder Freizeitgestaltung handelt; einen Standard, der geeignet ist, ihre Menschenwürde und Gleichberechtigung abzusichern.

Dieser gesetzliche Sicherstellungsauftrag meint besonders die räumliche und sächliche Sozialplanung der Kommunen, beinhaltet also eine Verpflichtung, dafür Sorge zu tragen, dass die notwendigen Dienste und Einrichtungen auch verfügbar sind. Er bedeutet jedoch nicht, dass die verantwortliche Kommune sämtliche nötigen Dienste selbst bereitstellen oder vorhalten muss: Erfahrene gemeinnützige und private Akteure im Sozial-, Berufsbildungs- und Gesundheitswesen, insbesondere aus dem Bereich der freien Wohlfahrtspflege, sollen behinderten Menschen geeignete Angebote machen und sind dann „subsidiär“ gleichartigen behördlich organisierten Dienstleistungen vorzuziehen. Dennoch bleibt die staatliche Sozialhilfe der Garant für die zumutbare Erreichbarkeit, Bedarfsgerechtigkeit und qualitätvolle Beschaffenheit des gesamten nötigen Leistungsangebots an Eingliederungsberechtigte in den Regionen.

Seit 2001 ist jedoch in einem eigenen SGB IX das Recht auf Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen für alle verschiedenen Träger der Leistungen zur Teilhabe in Deutschland, deren gesetzliche Aufgaben sich auf die Versorgung von Menschen mit Behinderung erstrecken, gesondert geregelt: Unmittelbar hergeleitet aus der Verfassung wird für den in § 1 SGB IX benannten Personenkreis bestimmt,

- wie mit (Rechtsansprüchen von) Betroffenen umzugehen ist
- auf welche Art die Feststellung und Zielorientierung ihres Bedarfs an Leistungen zu erfolgen hat
- wie der Zugang zu und der Umfang von Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe zu gestalten ist
- welche Formen der Erbringung und Ausgestaltung erforderlicher Leistungen Vorrang vor anderen haben und
- mit welchen Mitteln einer produktiven Kooperation von Trägern untereinander und mit den Erbringern der Leistungen bei ineinandergreifenden Ansprüchen Betroffener vorzugehen ist.²

Zwar sind die im trägerspezifischen Leistungsrecht z. B. der Krankenversicherung (SGB V), der Rentenversicherung (SGB VI) oder der Sozialhilfe (SGB XII) vorhandenen Regelungen für gesetzliche Leistungen an behinderte Menschen bisher bestehen geblieben und besondere „Spezialisierungen“ und Schwerpunkte der Leistungsträger wurden somit erhalten. Dies kann als Ausdruck der produktiven, motivationalen Stärke des gegliederten Sozialleistungssystems angesehen werden. Das direkt aus dem Grundgesetz (GG) heraus entwickelte SGB IX enthält jedoch mit seinen zuvor genannten Grundsätzen zur Rehabilitation und Teilhabe für die dort aufgeführten Rehabilitationsträger wichtige, d. h. übergeordnet geltende Regelungen, soweit diesen nicht Bestimmungen des spezifischen Rechts eines Leistungsträgers ausdrücklich entgegen stehen – vgl. § 7 SGB IX. (Wieweit dies im Einzelnen der Fall ist, wird freilich innerhalb der DVfR z. T. kontrovers beurteilt.)

² Für die Sozialhilfe konkretisieren § 5 und § 6 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX sowie *besonders* § 19 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB IX den Sicherstellungsauftrag des § 1 Abs. 1 SGB XII für Menschen mit Behinderungen – nämlich betreffend die Dienste, die diese benötigen.

Rechtssystematische Beziehung zwischen dem SGB IX und anderen Sozialgesetzbüchern

(1) So ergibt sich aus dem trägerspezifischen Leistungsrecht, dass z. B. die Verhütung/Therapie negativer Folgen von Krankheit (u. a. in Form einer Behinderung) und das Training der Funktionen, die der Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit und damit auch der Teilhabe dienen, hauptsächlich dem SGB V und damit den gesetzlichen Krankenkassen zugeordnet sind, dass andererseits z. B. die Förderung/Sicherung von angemessener Teilhabe am Arbeitsleben vorrangige Aufgabe des SGB III, also der Bundesagentur für Arbeit, ist, wogegen medizinische Maßnahmen zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit bei behinderten Versicherten der Rentenversicherung, auch in der WfbM, eindeutig dem SGB VI zugeordnet und daher von den Rentenversicherungsträgern zu erbringen sind. Auch die Sozialhilfe hat entsprechend dem SGB XII Leistungen zu erbringen, die notwendig sind, um eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern.

Hierzu gehört insbesondere, behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen im Erwerbsalter die Ausübung einer angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen und sie ggf. so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen (§ 53 Abs. 3 SGB XII). Dies schließt z. B. die Leistungen zum Besuch einer WfbM mit ein.

(2) Einerseits bestehen also spezifische Handlungsaufträge für Träger „vorrangiger Sozialversicherungsleistungen“, die auch Sozialhilfeempfängern zustehen, wobei der nach § 14 SGB IX zuständige Leistungsträger³ zu entscheiden hat, ob die gewünschten Leistungen erforderlich sind. Auch übernimmt die Sozialhilfe hierbei genuine Rehabilitationsaufgaben/Teilhabeleistungen. Deshalb ist sie konsequent unter den Rehabilitationsträgern in § 6 SGB IX aufgeführt. Das diesen Erläuterungen angefügte Fallbeispiel illustriert das Ineinandergreifen verschiedener Leistungsträger im Bereich der Rehabilitation und die dabei auftretenden Schnittstellenprobleme. Und es macht deutlich, welche enorme Bedeutung der konsequenten Inanspruchnahme aller zweckmäßigen Rehabilitationsleistungen zukommt, seien sie nun vorrangig durch andere Träger sozialer Leistungen oder seien sie durch die EH selbst zu erbringen. Es muss regelmäßig auch geprüft werden, ob die Potenziale, die durch Maßnahmen anderer Sozialleistungsträger, so z.B. in der kurativen Behandlung im Sinne des SGB V, in der schulischen und beruflichen Bildung etc. gefördert werden können, auch vorrangig erschlossen worden oder noch zu erschließen sind – durch die dafür jeweils zuständigen Träger. Dies bedeutet nicht, dass Maßnahmen eines anderen Rehabilitationsträgers zwangsläufig zeitlich vorgelagert erfolgen müssen (sie können auch begleitend oder integriert erfolgen), sondern nur, dass deren teilhabefördernden Wirkungen bereits entfaltet wurden bzw. noch entfaltet werden sollen. Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf, zur Rehabilitationsfähigkeit und -prognose sowie zur geeigneten Form und Art der Leistungserbringung können schwierig sein; sie bedürfen dann oft noch eigener Klärungsmaßnahmen, sei es ein Praktikum, eine Erprobung, eine klientenbezogene Auswertung bisheriger Erfahrungen oder – nicht zuletzt – eine Zielvereinbarung mit der betroffenen Person. Der Träger der EH soll deshalb darauf hinwirken, dass alle notwendigen und zweckmäßigen Maßnahmen dem einzelnen Betroffenen zur Verfügung stehen, denn nur das, was vorrangige Leistungsträger nicht leisten, leistet die Sozialhilfe – dies entspricht ihrer sog. Auffangfunktion.

Die DVfR ist aber der Auffassung, dass die letztgenannte Garantenrolle derzeit überbeansprucht wird und dass die Leistungspflichten vorrangiger Leistungsträger in der Praxis des Verwaltungs-

³ dies ist in der Vielzahl der Fälle der Sozialhilfeträger

handelns oft nicht im gesetzlich gewollten Maß greifen. Dies ist auch einer der verschiedenen Gründe des Ausgaben-Anstiegs in der Eingliederungshilfe.

(3) Allerdings hat der Träger der EH bislang nicht ausreichend die Möglichkeit, in einem einheitlichen Rehabilitations-/Teilhabeplan alle nötigen und geeigneten Leistungen verbindlich zusammenzuführen – er ist darauf angewiesen und, dass die anderen Träger ihre Aufgaben umfassend und vollständig erfüllen bzw. darauf, dass Menschen mit Behinderung ihnen zustehende Leistungen gegenüber anderen Trägern auch geltend machen und durchsetzen – und dass entsprechende Leistungsangebote in dafür geeigneten Diensten oder Einrichtungen vorgehalten werden.

Die Meinungen der verschiedenen Sozialleistungsträger über die Notwendigkeit von Strukturen der Leistungserbringung gehen bisweilen auseinander, vgl. dazu wieder das anliegende Fallbeispiel. So hat etwa die EH z. Zt. keine Möglichkeit, die Krankenkassen dazu zu bringen, flächendeckend ein Angebot der Mobilen Rehabilitation bereitzustellen, obwohl diese für die Gruppe eingliederungshilfeberechtigter behinderter Menschen oft eine unbestritten wirkungsvolle Form der Erbringung nötiger Leistungen darstellt und insbesondere geeignet ist, den langfristigen Bedarf an EH zu senken, Heimeinweisungen zu vermeiden oder kompetent einen optimierten „Hilfe-Mix“ zu konzipieren. Andererseits wird z. Zt. die Möglichkeit nicht wahrgenommen, die Anbieter von Eingliederungshilfeleistungen zu verpflichten bzw. sie darin zu unterstützen, dass sie selbst im Rahmen einer umfassenden und komplexen Leistungserbringung Vereinbarungen mit weiteren Leistungsträgern abschließen und so die in einer Einrichtung versorgten Menschen mit Behinderung bei Bedarf ebenfalls auf derartige spezialisierten Dienste zurückgreifen können.

Die DVfR ist deshalb der Auffassung, dass die Leistungen zur Teilhabe einheitlich gefasst und strukturiert werden müssen, da die jeweiligen Rehabilitationsträger z. Zt. ihre Verpflichtungen nicht gegeneinander geltend machen können. Dies gilt besonders für Träger der EH, aber auch für Sozialversicherungsträger – wie das Beispiel der Komplexleistung „interdisziplinäre Früherkennung und Frühförderung“ (s. unten) zeigt.

Bis 2004 konnte die Sozialhilfe auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation notfalls Ausfallbürge sein – durch die Neufassung des § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII ist dieser Weg jedoch gesperrt.

Wie schwierig sich die Lage heute darstellt, kann man am Beispiel der Frühförderung sehen, bei der die zuständigen Rehabilitationsträger sich bislang auf Bundesebene und in mehreren Bundesländern nicht auf gemeinsame Vereinbarungen verständigen konnten – oder am Beispiel der Psychotherapie, deren vertragliche Ausgestaltung derzeit ein flächendeckendes Angebot nach Meinung der Anbieter überhaupt nicht ermöglicht. Die Zurückhaltung der Sozialhilfeträger ist auch dadurch motiviert, dass diese am Rande ihrer finanziellen Möglichkeiten operieren und ggf. einen „vierten Entlastungsschritt“⁴ des Bundes, vielleicht durch ein Teilhabegeld-Gesetz, welches bisher von ihnen allein finanzierte Leistungen partiell abgelten soll, benötigen, bevor sie sich angesichts steigender EH-Fallzahlen bereit erklären, Risiken für weitere Leistungsverpflichtungen einzugehen.⁵

⁴ Die drei vorangehenden Entlastungsschritte waren die Einführung der Pflegeversicherung (1995), die Grundsicherung für Arbeitssuchende im SGB II nach Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe (2005) sowie die Möglichkeit der Vereinnahmung der Renten von erwerbsunfähigen WfbM-Früherrentnern, soweit diese vollstationäre Hilfen in Anspruch nehmen (2005).

⁵ Vgl. dazu auch die Hinweise S. 8 unten.

Auch die Sozialversicherungszweige, die nach ihrem eigenen Recht Leistungen erbringen, müssen hierbei – soweit die Versicherten behinderte Menschen sind – stets die übergeordnete Teilhabeorientierung des SGB IX beachten, vgl. z. B. § 27 SGB IX. Derartige neben dem Rehabilitationsrecht existierenden gesetzlichen Versorgungsaufträge gründen in *eigenständigen individuellen Leistungsansprüchen*, die allen Versicherten bei Bedarf zustehen, die aber bei behinderten Menschen mit besonderem Augenmerk auf Chancengerechtigkeit und individuelle Angemessenheit erbracht werden müssen.⁶

Ausgangslage und Reformziele

Welchen neuen Herausforderungen muss sich also die Eingliederungshilfe stellen, oder konkreter: welcher Reformbedarf besteht hier im Interesse behinderter Menschen bzw. aus Rechtsgründen?⁷

1. Diese Frage lässt sich nicht auf das SGB XII beschränken: Sie muss immer das in Fragen der Teilhabe und Rehabilitation übergeordnete SGB IX einschließen und dabei vor allem die nötige Präzisierung von gegenüber der Sozialhilfe vorrangigen Rechtsansprüchen an vorrangige Leistungsträger ins Auge fassen. Sie hat mit zu berücksichtigen, ob unabhängig von der Rehabilitation bestehende soziale Rechte von behinderten wie nichtbehinderten Menschen in der Versorgung tatsächlich so zur Geltung kommen, dass im Fall des Vorliegens einer Behinderung ihre Wirkung auch die Teilhabe fördert, sie zumindest aber nicht beeinträchtigt.

Weil in der Praxis unseres fein gegliederten Sozialleistungssystems zahlreiche Schnittstellenprobleme auftreten, ist es eine selbstverständliche Aufgabe einer Reform zugunsten von eingliederungshilfeberechtigten Personen, diese *Schnittstellenprobleme* zu lösen.

2. Daneben besteht aber auch direkt im SGB XII Änderungsbedarf, und zwar u. a. dahin gehend, dass bei der Ausgestaltung nötiger Leistungen mit eingetretener Geltung der UN-Konvention CRPD

- das aus staatlicher Fürsorgeverpflichtung abgeleitete Recht behinderter Menschen auf Leistungen zwingend durch Aspekte des Menschenrechts auf individuelle, selbstbestimmte Teilhabe sowie gesellschaftliche Inklusion und Beteiligung vervollständigt wird
- in der aktuellen Liste der vermögens-/einkommensabhängig innerhalb der EH zu erbringenden Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts genauer zu klären ist⁸, wo die Grenze zwischen Leistungen zur Teilhabe (inklusive medizinische Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben, die anrechnungsfrei gestellt sind), und der Unterhaltssicherung genau verläuft. Stichwort: mit der Behinderung assoziierte Mehrbedarfe (siehe auch S. 10, zweitletzter Absatz).

⁶ Die Teilhabeorientierung des SGB IX gilt für Sozialleistungen an behinderte Menschen generell – und nicht nur dort, wo das trägerspezifische Leistungsrecht dazu eigens Vorschriften (vgl. z. B. § 2a SGB V) enthält.

⁷ international vor allem durch die Übereinkunft CRPD (Convention on the Rights of Persons with Disabilities) der Vereinten Nationen von 2006 und national vor allem das SGB IX von 2001

⁸ Ein Wegfall von Bedürftigkeitsprüfungen ist dabei allerdings nicht schon gleichzusetzen mit Verzicht auf jede wirtschaftliche Bürgerbeteiligung, wie es sie an verschiedenen Stellen des Sozialgesetzbuches gibt. Hier kommt es nur darauf an, dass Regelungen einheitlich wie auch in Übereinstimmung mit den Vorgaben der CRPD erfolgen und wirtschaftliche Überforderung Betroffener konsequent vermieden wird.

- Art und Umfang erforderlicher Leistungen und damit von Einrichtungen und Diensten daraufhin überprüft und ggf. ergänzt werden müssen, dass sowohl Unterstützungs- als auch Rehabilitationsleistungen in geeigneten Angeboten unabhängig vom Wohnort und auch ggf. unabhängig vom Ort ihrer Erbringung – also verstärkt ambulant und ggf. mobil/zugehend – entwickelt und zur Verfügung gestellt werden
- die Funktion der EH als Ausfallbürge auch für Rehabilitationsleistungen erhalten bleibt, soweit notwendige (insbesondere auch nicht vorhersehbare) Leistungen durch andere Rehabilitations-träger nicht erbracht werden, sowie
- benötigte Assistenz/Unterstützung bei Bedarf immer in Kombination mit rehabilitativen Leistungen zu erbringen ist, ggf. als Komplexleistung, sofern im Rahmen der personenzentrierten Hilfeplanung dafür ein Bedarf festgestellt worden ist

3. Auch jenseits individueller Rechtsansprüche behinderter Personen besteht, bezogen auf dieses Reformvorhaben, noch ein „struktureller“ Handlungsbedarf infolge der CRPD: Unter anderem müssen die Lebensverhältnisse behinderter Personen im Gemeinwesen nach und nach so umgestaltet werden, dass sie die Selbstbestimmung und Eigenständigkeit – bei Bedarf mit Unterstützung – begünstigen, fördern sowie allgemeine Zugangs- und Mitgestaltungsbarrieren des Umfelds abbauen, um so die inklusive Nutzung vorhandener allgemeiner Angebote der Daseinsvor- und -fürsorge zu ermöglichen: Neben die „Rehabilitation der Person“ muss die „Verhältnisrehabilitation“ treten.

Einschätzung von tauglichen Reformwegen

Obwohl also der rechtliche Reformbedarf breit und umfangreich ist, erscheint die verschiedentlich in Deutschland erhobene Forderung nach einem neuen, gesonderten Bundesleistungsgesetz „Eingliederungshilfe“ aus einem Guss zumindest der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation nicht zwingend als bester Lösungsweg.⁹ Dies hat u. a. auch rechtssystematische Gründe. Den in Deutschland 2001 begonnenen behindertenrechtlichen Entwicklungsprozess sollte man nach Ansicht der DVfR dagegen stärken und somit den gewählten legislativen Weg, auf dem bereits einiges erreicht worden ist,¹⁰ konsequent fortsetzen, d. h. zum Ziel führen. Die DVfR kann sich dazu einen Dritten Teil des SGB IX vorstellen, der ggf. die Bezeichnung „Eingliederungshilfe“ tragen könnte. Wenn die ortsnahe agierende Sozialhilfe mit ihren langjährigen Erfahrungen in der EH – nach Auffassung der DVfR – weiterhin zuständig bleiben soll, so heißt dies nicht, dass den Kommunen jeder Anspruch auf finanzielle Entlastung durch den Bund abgesprochen wird. Die Prüfung der Möglichkeiten hierzu bleibt im Gegenteil aktuell und dringend notwendig – s. unten.

⁹ Denn dieser „Lösungsweg“ würde mit Sicherheit weitere schwierige Fragen aufwerfen, z. B. die nach einem (neuen) ausführenden Träger auf Bundesebene. Hinzu kommt: Besonders bei der schwierigen, politisch noch nicht abgeschlossenen Verständigung auf die so genannte „Föderalismusreform II“ dürfte in absehbarer Zeit ein derartiges, von den Bundesländern mit zu tragendes Leistungsgesetz des Bundes die legislative Geltung schwerlich erreichen.

¹⁰ Es ist von nicht zu unterschätzendem politischen Wert, dass bereits sämtliche ersten gesetzgeberischen Schritte des Paradigmenwechsels in der deutschen Behindertenpolitik von einer breiten Bundestagsmehrheit getragen wurden und dass darüber hinaus eine behindertenpolitische Entschließung des Deutschen Bundestags schon 2005 mit ebenso breiter Mehrheit aufgezeigt hat, dass der Paradigmenwechsel, genau in die hier angezeigte Richtung, weiter gehen soll.

Die zahlenmäßig zunehmenden Betroffenen und ihre Familien erhoffen sich jedenfalls qualitative Leistungsverbesserungen und eine genauere Bedarfsorientierung des Leistungsgeschehens. Sie halten dies durch „Umsteuerung“ für kostenneutral möglich – insgesamt für die öffentliche Hand. Und Sie wollen, dass der „Aufwind“ der neuen UN-Übereinkunft über die Rechte behinderter Menschen jetzt genutzt wird. Die DVfR glaubt daher, dass für die Betroffenen Inhalte entscheidend sind und dass die rechtsorganisatorische Form, in der diese Inhalte kodifiziert werden, weit weniger von Bedeutung ist.

Freilich bedarf es – als Baustein zum Gelingen einer sinnvollen EH-Reform – eines Gremiums, das auf Basis gesetzlicher Regelungen Leitlinien- Ausgestaltungsfunktionen wahrnimmt. Dies muss nicht unbedingt ein Teilhaberat (TR) beim BMAS sein; auch andere Lösungen – z. B. auf Ebene der BAR – sind denkbar, soweit alle Beteiligengruppen der EH in gleicher Stärke und mit gleicher Befugnis unter der Maßgabe des aktuell geltenden Leistungs- und Verfahrensrechts darin regelmäßig zusammenwirken. Chronisch kranke, behinderte oder pflegebedürftige Menschen und deren Verbände müssen dort aber in jedem Falle gestaltend mitwirken können. Dieses Gremium muss nicht nur mit den genannten Kompetenzen sondern auch mit hinreichenden Mitteln sowohl für die Expertenarbeit seiner Mitglieder als auch für die externe Vergabe von Begutachtungs-, Forschungs- und fachlichen Klärungsaufgaben ausgestattet werden, deren Ergebnisse es für seine Arbeit braucht.¹¹

Ob parallel auch ein Schiedsstellenverfahren dafür sorgen kann, unterschiedliche Auffassungen zwischen Leistungsträgern und -anbietern bezüglich der Leistungserbringung und -vergütung nicht mehr wie bisher in jahrelangen, leistungsverhindernden Verhandlungen abzuwägen, sondern rasche und pragmatische Klärung herbeizuführen, verdient eine ergebnisoffene Prüfung, inklusive der Frage, ob dieses ggf. auch für die Zulassung von (oder für Vertragsabschlüsse mit) neuen Anbietern gelten soll.

Ansatzpunkte der Reform zu Gunsten von Menschen in der Eingliederungshilfe

Die nötigenfalls lebenslange Sicherstellung einer Förderung und Unterstützung schwer behinderter Menschen auf der Grundlage von klaren Rechtsansprüchen, organisiert nach dem Prinzip der individuellen Bedarfsdeckung, ist und bleibt Aufgabe der EH¹². Dies benennt die *öffentliche Fürsorgeverantwortung*¹³ gegenüber Menschen, die Unterstützung benötigen, ganz im Sinne des SGB XII/BSHG und der sozialen Tradition, der diese Gesetzgebung entstammt. Ansatzpunkt: Ge-

¹¹ Die Schaffung einheitlicher Grundlagen für die inhaltliche Gestaltung sowohl von Unterstützungs-, als auch von Rehabilitationsleistungen erscheint notwendig. Auch Verfahren zur Bedarfsfeststellung, zur Bestimmung von Standards für die Leistungsangebote und praktikable Lösungen für Schnittstellenprobleme sind erforderlich. Allerdings darf die Errichtung dieses Gremiums nicht dazu führen, dass Weiterentwicklung und Innovation beider Arten von Leistungen beeinträchtigt werden, indem verantwortliche Leistungsträger nur bereit sind, ausschließlich auf Basis von dort beschlossenen Vorgaben zu handeln: hier bestünde die Gefahr, dass durch die unvermeidbare Trägheit und allseitige Kompromissorientierung eines solchen Gremiums sinnvolle Neuerungen verhindert werden könnten.

¹² Es wird betont, dass dies vorrangig eine klassische Aufgabe kommunaler Daseinsvorsorge ist und die zuständigen Sozialhilfeträger wegen der von ihnen über Jahre erworbenen Kompetenz auch weiterhin zuständig bleiben sollen.

¹³ Der Begriff Fürsorgeverantwortung wird hier in engerem Sinne gebraucht. Zur weitergehenden (verfassungsrechtlichen) Bedeutung des Begriffs vgl. die Gutachten-Ms. von *Pieroth, B* und *Welti, F* zum Zusammenhang Föderalismusreform und Fürsorge nach Art. 84 Abs. 1 GG unter Berücksichtigung der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII, DV-Verlag, Frankfurt 2009 (sie erscheinen vorraussichtl. im Juni 2009)

gebene Leistungsbedürftigkeit personenbezogen decken, soweit dies den Klienten und ihren Unterhaltspflichtigen nicht möglich oder zumutbar ist.

Das aber kann heute, schon aus Gründen der Nachhaltigkeit, nicht mehr genügen. Dies hat im Wesentlichen drei Gründe:

- Der Personenkreis, um den es hier geht, braucht einen deutlichen Zuwachs an eigenen Wahl- und Mitwirkungsmöglichkeiten bei der individuellen Lebensplanung – unter den jeweils gegebenen Bedingungen ihres (stets veränderbaren) Leistungsbedarfs.
- Die Träger der Kosten von Teilhabeleistungen müssen vermehrt die Option erhalten und nutzen, dabei nicht nur gegebene Bedarfe zu befriedigen, sondern auch auf die gezielte, längerfristige Minderung des Leistungsbedarfs hinzuwirken.
- EH ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und daher eine auf allen Ebenen des Gemeinwesens anzugehen. Durch allmähliche Zunahme der Zahl EH-Berechtigter und durch verbesserte Leistungen an sie können für ausführende Kommunen finanzielle Engpässe entstehen. Da eine „EH nach kommunaler Kassenlage“ inakzeptabel ist (vgl. die sog. Finanzkraftklausel in der bayerischen Bundesratsinitiative von 2004 und deren einhellige Ablehnung durch die Bundesregierung) bleibt in diesem Fall der Bund, ggf. auch das Land, in einer Mitverantwortung. Die Herauslösung bestimmter Teilleistungen der EH aus dem Katalog kommunaler Träger und deren pauschale Abgeltung mit einem bundesfinanzierten Teilhabegeld ist dafür nach Ansicht der DVfR einer der am wenigsten aufwändigen, möglichen Wege, mit denen der Bund die nötige Entlastung bei Städten und Landkreisen bewirken kann.

Die beiden ersten Grundanforderungen an die Reform sind keinesfalls gegensätzlich. Sie zielen vielmehr in die gleiche Richtung: Das Mittel, um beiden näher zu kommen, ist *Rehabilitation¹⁴ zur Ermöglichung selbstbestimmter Teilhabe*, ganz im Sinne des SGB IX und der CRPD der Vereinten Nationen. Ansatzpunkt: *Potential an eigenständiger Selbstorganisations- und -versorgungsfähigkeit erschließen*. In Deutschland ist unter den Fachleuten wie unter Vertretern der Leistungsberechtigten (als den „Fachleuten in eigener Sache“) unbestritten, dass bei der EH ein solcher Korrekturbedarf in Richtung Selbstbestimmung vorliegt. Dies aber wird vor allem mit mehr ambulanten, darunter auch aufsuchenden Diensten sowie in stärker individualisierten, aber mit Service-Zugang unterlegten Wohnformen – und weit weniger als heute mit den noch immer tonangebenden „Paketlösungen“ des Typs der stationären Vollversorgung erreicht.

Es gilt also:

- Fördern geht vor Betreuen; mehr Unterstützung für Selbständigkeit/Selbstorganisation/ Selbsthilfe ist geboten. D. h. es wird weniger an hoch strukturierten Versorgungswelten und mehr an vielfältiger individueller Unterstützung im Leben gebraucht. Diese soll i. d. R. nicht unter Sonderbedingungen erfolgen, sondern nach der dialogischen Ermittlung realistischer Lebensziele gemeindenah, in der allgemeinen Lebenswelt aller Bürger, bereitgestellt werden.

¹⁴ Im Sinn der WHO-Definition von 1983 ist „Rehabilitation“ eine zielgerichtete, interdisziplinär-fachliche Methode des Vorgehens im Dienst von Menschen mit Behinderungen. Teilhabe („participation“) ist demgegenüber Richtungsangabe für Rehabilitation – zum einen als Ergebnis von rehabilitativen Leistungen, zum anderen Folge bewusster Anpassung des Gemeinwesens auch an die Bedürfnisse seiner behinderten Mitglieder.

- Das Leistungsgeschehen für jede eingliederungshilfeberechtigte Person muss transparent und so u. a. der Akzeptanz der Allgemeinheit erst zugänglich gemacht werden, denn der Aufwand für EH wird immer hoch bleiben. Die Leistungen müssen für die Mitgestaltung Betroffener offen und regelmäßig einvernehmlichen Nachjustierungen zugänglich sein.
- Auch das nähere Lebensumfeld Leistungsberechtigter sollte kein völlig von nichtbehinderten Menschen getrenntes Setting darstellen; erstrebter Bezugsrahmen für die gewünschte Entwicklung ist der Lebensraum „allgemeines Wohnquartier“. Vor hier aus müssen alle nötigen Dienste genutzt werden können in den Bereichen Bildung, Gesundheit, Wohnen, Arbeit und Freizeit.¹⁵ Gleichwohl schließt – wie oben dargelegt – dieser Ortsbezug eine Finanzbeteiligung des Bundes nicht aus.

Alle diese Vorstellungen decken sich vollkommen mit den Intentionen des deutschen Gesetzgebers – zum Ausdruck gebracht vor allem 2001 im SGB IX. Auch ein wesentlicher Teil der grundrechtlich orientierten behindertenpolitischen Paradigmen der Vereinten Nationen findet sich hierin bereits wieder. Der Sicherstellungsauftrag des § 19 SGB IX, der sich ausdrücklich auf alle Leistungsträger erstreckt – und der möglichst noch ergänzt werden sollte durch die regionale Beteiligungsmöglichkeit der Leistungsberechtigten, -erbringer und Landessozialbehörden an der Sozialplanung – gilt in Deutschland nun bereits im 7. Jahr und darf nicht länger ein „Papiertiger“ bleiben. Dass solche Schwerpunktverlagerungen in der EH jedoch weder Betroffene und ihre Familien arm machen noch der Sozialhilfe untragbare Mehrkosten verursachen dürfen, ist eine realpolitische Rahmenbedingung, um auf diesem Weg konkret voranzukommen. Das ist aber möglich, denn Rehabilitation „rechnet sich“, mindestens im Durchschnitt, für alle beteiligten Seiten, nämlich durch den zu erreichenden Minderbedarf an langfristigen sozialen Leistungen. Rehabilitation wie auch Assistenz sind hier aber in erster Linie Menschenrecht und damit bereits legitimiert. Der Aspekt einer sinnvollen Allokation stets begrenzter Ressourcen darf aber dennoch nicht ausgespart bleiben und verdient ernsthafte, konsequente Berücksichtigung. Die DVfR sieht jedoch keinen zwangsläufigen Gegensatz zwischen der Notwendigkeit, Teilhabe zu ermöglichen und einer Bemühung, ökonomischen Rahmensetzungen Rechnung zu tragen (vgl. auch S. 7, 3. Absatz).

Reformmöglichkeiten und -grundsätze

Zukunftsgerechte EH aus der Sicht einer inklusiver werdenden Gesellschaft muss sich erst entwickeln. Die Ecksteine dafür sind:

- Personenzentrierte Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung, an individuellen Lebenszielen ausgerichtet. Nur sie ermöglicht den Wandel, die Modernisierung der Angebotsstrukturen entlang der „Nachfrage“ und drängt die bloße fallbezogene Zuordnung behinderter Personen zu vorhandenen Versorgungsstrukturen in den Hintergrund. Es muss also nach den Vorgaben des § 10 SGB IX und in Anlehnung an Bedarfs- und Zielbeschreibungen nach der ICF16 verfahren

¹⁵ Es lässt sich schon aus Gründen des bereits geltenden Rechts nicht vermeiden, diesen Weg zu gehen, auch wenn er in der EH besonders von strukturärmeren Kommunen im ländlichen Raum viel abverlangt wird.

¹⁶ International Classification of Functioning, Disability, and Health der Weltgesundheitsorganisation WHO – interdisziplinäre Fachsprache und gemeinsame Ordnungsstruktur für funktionelle Gesundheit, Behinderungen und Teilhabe.

werden – durch den zuerst vom Klienten angesprochenen Träger. Wie die Sozialhilfe dabei Leistungspflichten anderer Rehabilitationsträger produktiv für den Leistungsberechtigten erschließen kann, ist im Prinzip in den Gemeinsamen Empfehlungen ebenfalls geregelt (§ 12 SGB IX i. V. m. § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX), denen nur gefolgt werden muss – und die im Übrigen, wo unzureichend, ggf. weiterentwickelt werden müssen.¹⁷

- Lebensraumorientierte Auswahl geeigneter Sozialleistungen und Formen der Leistungserbringung, also unter Beachtung der dafür wichtigen Gegebenheiten vor Ort. Stattdessen ist heute z. B. die inkonsequente Anwendung von § 53 Abs. 3 SGB XII und dessen mangelnde Verzahnung mit den Grundsätzen des SGB IX bezeichnend: Für die Rehabilitation mit der Indikation einer gezielten Entfaltung von mehr Selbstbestimmung und Teilhabe ist das gegebene Recht nicht eindeutig genug. Gegenwärtig ist u. a. nicht ausreichend klar gestellt, wer die Weichen hierfür stellen soll – präzise gesetzliche Regelungen fehlen sowohl für die Verwaltungsentscheidungen als auch für die Versorgungspraxis. Zudem wird hier die parallel notwendige Strukturveränderung im Lebensraum, in den hinein Menschen besser (und mit weniger Leistungsaufwand) eingegliedert werden können, derzeit viel zu wenig gesehen. Das reicht von schlicht fehlender Barrierefreiheit über mangelnde Verfügbarkeit kompetenter Beratung oder zugehender Rehabilitationsdienste bis hin zu dringend erforderlichen, einfachen bezahlten Jobs, auf die hin sich die Arbeitsfähigkeit von geistig behinderten und schwer lernbeeinträchtigten Menschen realistisch entwickeln ließe und die hierzulande eigentlich nur über kommunale Förderung (wieder) entstehen können.¹⁸
- Benachteiligungsfreier Umgang mit den Fragen des behinderungsbedingten Mehraufwands der Lebenshaltung. Die Nachrangigkeit der Sozialhilfeszuständigkeit für Unterhaltsleistungen ist ein Systemmerkmal, das bisher vom Gesetzgeber so gewollt wird – für behinderte und nichtbehinderte Sozialhilfeempfänger. Genauer zu regeln ist aber zumindest der Ausgleich behinderungsbedingten Mehraufwands. Die DVfR muss sich hinsichtlich der nötigen Rechtsweiterentwicklung an dieser Stelle auf eine Problemanzeige beschränken. Insbesondere fehlt noch eine triftige Definition, was als „behinderungsbedingter Mehraufwand“ der Lebenshaltung gelten kann. Eine glasklare Trennlinie zwischen Teilhabekosten und unterhaltssichernden Leistungen ist in jedem Fall nötig – übrigens unabhängig davon, ob Betroffene in Heimen oder in der eigenen Häuslichkeit leben.
- Für die Idee, ein monetäres Pauschalleistungssystem für bestimmte pauschalierbare Teilhabeleistungen zu schaffen, wie sie z. B. mit dem Vorschlag eines Bundesteilhabegeldes verfolgt wird, ist die DVfR offen, soweit dadurch das Verwaltungshandeln der Sozialhilfe vereinfacht und finanzielle Überforderung der Kommunen verhindert wird. Allerdings darf dies nicht die Pflicht zur individuell personenbezogenen Planung und Ausführung von Teilhabeleistungen mit Rehabilitations-Charakter unterlaufen. So weist die DVfR ausdrücklich auf die Gefahr zu breit

¹⁷ Darüber hinaus ist im Blick auf behinderte Menschen mit höherem Pflegebedarf auch über eine Teilhabeorientierung von Leistungen nach dem SGB XI nachzudenken – Beispiele: Kontinenztraining, Sitzschalenproblematik –, obwohl die soziale Pflegeversicherung kein Rehabilitationsträger und auch nur ein SV-Teilleistungssystem ist, welches keinen umfassenden Versorgungsauftrag gegenüber seinen Versicherten hat. Ein neues Expertengutachten der Bundesregierung zum Pflegebedürftigkeitsbegriff (BMG; 29. Jan. 2009) legt dies jedenfalls nahe.

¹⁸ Hier geht es – für den genannten Personenkreis – um langfristige Alternativen zur „Beschäftigung in der WfbM auf Dauer“. Die Berechtigung der WfbM als Kompetenzzentrum der Qualifizierung, der Arbeitssozialisation und -assistenz (gerade im Bezug auf den potentiell für den Arbeitsmarkt zu befähigenden Kreis schwerbehinderter Menschen) bleibt dabei unbestritten, tritt sogar stärker in den Vordergrund.

angelegter Leistungspauschalierung hin, die in Einzelfällen – und auch dies wäre nicht akzeptabel – zu Unter- oder Überversorgungen führen, wie manche Erfahrungen mit Leistungen nach Art eines Landespflegegeldes gezeigt haben.

- Durchlässigeres und flexibleres Leistungssystem entwickeln: Die Planung des Angebotsbedarfs in der Eingliederungshilfe leidet unter einer einseitigen Ausrichtung auf stationäre Komplettversorgung, und auch die Investitionsförderung gibt vorrangig den bestehenden Einrichtungsträgern Planungssicherheit, was zur Einseitigkeit der Versorgungsformen weiterhin beiträgt. Künftig muss eine Umsteuerung überall dort vorgenommen und legislativ abgesichert werden, wo ambulanten Leistungserbringern vergleichbare Rahmenbedingungen ihrer Entwicklung verwehrt werden oder Leistungsbeschreibungen nicht „erbringerneutral“, in nachfrageorientierten Leistungsmodulen, erfolgen.¹⁹ Es geht schließlich um personenzentrierte Hilfe zum selbstbestimmten Leben und nicht um den Erhalt überkommener Angebotsstrukturen!²⁰
- Konsequente Beteiligung der vorrangigen Träger der Rehabilitation am Versorgungsprozess von Eingliederungshilfeberechtigten. Als Beispiel – eines von vielen – für gesetzgeberischen Präzisionsbedarf, aber auch für nötiges Umdenken aller mit zuständigen Leistungsträger, ist etwa die unklare Gemengelage der §§ 26 und 55 SGB IX anzusehen, die allzu oft nicht zu Gunsten behinderter Menschen mit Eingliederungshilfebedarf genutzt wird, um andere Träger von Leistungen zur Teilhabe im nötigen Umfang heranzuziehen. Würde das geschehen, so wären viele Probleme gelöst.²¹ Damit dies aber so geschieht, muss der Gesetzgeber die nötigen Klarstellungen treffen – in dem von der DVfR empfohlenen „Dritten Teil“ des SGB IX.

Zusammenfassung und Ausblick

Die DVfR mahnt die Umsetzung von Artikel 26 der CRPD der Vereinten Nationen in Deutschland an. Dabei müssen selbstverständlich die Leistungen sowohl der EH als auch anderer Rehabilitationsträger, ihre Verzahnung unter Überwindung von Schnittstellen sowie die gesamte Angebotslandschaft der Einrichtungen und Dienste mit Bezug auf den Sozialraum in den Blick genommen

¹⁹ Systemwechsel zwischen „stationär“ und „ambulant“ ist zu erleichtern, da das nachhaltige, vernünftige Konzept greifen soll, Leistungen nicht nur zur Deckung sondern immer auch zur Reduzierung des Leistungsbedarfs einzusetzen. Reduktion des Hilfebedarfs ist nicht primär als Ressourceneinsparung zu verstehen sondern vor allem als Zugewinn an Handlungskompetenz, Selbständigkeit und Unabhängigkeit Betroffener. Durchlässige Übergänge sind innerhalb des engeren Lebensraums zu ermöglichen; Kontaktverlust zu Freunden, Vertrauenspersonen, bisherigen Mitbewohnern, Kollegen und Nachbarn ist ein von behinderten Menschen gefürchtetes, neues Teilhabe-Handicap, das ihre Motivation, sich an neue Wege heranzuführen zu lassen, stört. Jüngster und überzeugender Beweis hierfür ist die große Zurückhaltung, mit der eingliederungshilfeberechtigte Menschen das persönliche Budget nach § 17 SGB IX für sich nutzen, weil sie fürchten, an ihrem Wohnort die geeigneten Dienste nicht „extramural“ zu bekommen.

²⁰ Der gesamte Leistungskatalog stationärer Komplexeinrichtungen muss in absehbarer Zukunft auch außerstationär angeboten und erbracht werden können.

²¹ Nach § 26 SGB IX sind die Krankenkassen gemäß § 11 Abs. 2 SGB V z. B. verpflichtet, das Training lebenspraktischer Fertigkeiten zur Erschließung von Selbsthilfepotentialen eines Versicherten zu finanzieren, und zwar ohne Bedürftigkeitsprüfung/Einkommensanrechnung. Die „Auffangfunktion“ der Eingliederungshilfe (vgl. § 55 Abs. 1 SGB IX i. V. m. § 54 Abs. 1 SGB XII) kommt bei richtiger Rechtsanwendung gar nicht zum Tragen. Ausweislich der Begründung zum SGB IX hatte der Gesetzgeber hier nicht nur „systematische“, ordnungspolitische Gründe für die Neuregelung, sondern wollte ganz bewusst auch Lastenumverteilungen zwischen den sozialen Leistungsträgern vornehmen. Nach geltendem Recht gibt es also sinnvolle Handlungsmöglichkeiten der zuständigen Verwaltung und es ist daher zu erforschen, warum diese nicht schon heute genutzt werden!

werden. Um die Forderungen dieses Artikels 26 mit vertretbarem Aufwand umzusetzen, erscheint es nicht zielführend, die EH mit ihrer großen Erfahrung und politischen Verankerung im kommunal selbstverwalteten Gemeinwesen auf einen Träger bloßer Unterstützungsleistungen zu reduzieren. In Gegenteil liegen gerade bei ihr die beiden Interessen, als Leistungsträgerin (auch von Rehabilitation) und zugleich als Gemeinwesen-Gestalterin mit dem Auftrag der Inklusion wirksam zu werden, in sehr schlüssiger Weise beieinander. Die DVfR hat zwar den Lösungsweg eines Bundesleistungsgesetzes „Eingliederungshilfe“ nicht als zwingend betrachtet, sich aber ganz bewusst nicht isoliert mit dem Reformbedarf des Rechts der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII befasst, sondern mit der Modernisierung des „Versorgungssektors Eingliederungshilfe“ als ganzem, und zwar im Kontext des umfassenden Rechts der Rehabilitation und Teilhabe.²²

Entsprechend richten sich die Reform-Empfehlungen der DVfR auch nicht nur an die gestaltende und gesetzgebende Politik, sondern ebenso an viele anderen verantwortlich Handelnden, die zu einer teilhabebezogenen, personenzentrierten und lebensraumorientierten Entwicklung aller sozialen Leistungen an eingliederungshilfeberechtigte Menschen beitragen können. Gutes bewirken für diesen Prozess können neben dem Gesetzgeber mit Sicherheit auch alle Anwender und Betroffene des bereits geschaffenen Rechts, insbesondere

- die Rehabilitationsträger durch rückhaltlose Anerkennung ihrer mit dem SGB IX auf sie übergegangenen Pflichten in ihrem Verwaltungshandeln – und durch Bereitschaft zu trägerübergreifender, produktiver Kooperation
- die soziale Pflegeversicherung durch Mitberücksichtigung des Aspekts Teilhabe zumindest im Rahmen des ihr zugeordneten Leistungsumfangs für Versicherte
- die Berufsgruppen der Arbeit für und mit behinderten Menschen durch Modernisierung, d. h. oft: Modifizierung, ihrer Vorgehensweisen im Sinne der Förderung der Selbsthilfefähigkeit und – vornehmlich im ärztlichen und psychotherapeutischen Bereich – durch die Arbeit an und mit den wissensmäßigen Voraussetzungen aus der Sozial- oder Rehabilitationsmedizin inklusive der Heil- und Hilfsmittelkunde für die Wahrnehmung ihrer Beratungs-, Lotsen- und „Gate Keeper“-Funktionen für Menschen in der Eingliederungshilfe
- die Einrichtungen der stationären Eingliederungshilfe durch Innovationsbereitschaft und mehr Offenheit für alternative (auch eigene) ambulante und ggf. mobile Leistungsoptionen
- die Behinderten- und Selbsthilfeorganisationen durch den Mut, außergerichtlich und gerichtlich die wichtigsten Aspekte einer zukunftsgerechten Fortentwicklung der Eingliederungshilfe hartnäckig einzufordern, und entsprechend auch ihre Beratungsarbeit geduldig daran auszurichten.
- Angesprochen ist selbstverständlich auch die Verwaltungs- und Sozialgerichtsbarkeit. Ihr wacher Blick sowohl für die Praxis des Leistungsgeschehens als auch für die „Nostrifizierung“ neu gegebener globaler Rechte behinderter Menschen für die Verhältnisse in Deutschland ist zumindest in Konfliktfällen stets gefordert.

²² Daher wird neben dem SGB XII hier v. a. der Novellierungs- und Präzisionsbedarf im SGB IX, unter Umständen/teilweise auch im SGB XI (vgl. Fußnote 17), ggf. in der Eingliederungshilfeverordnung und im Bedarfsfall auch bei „selbstverwaltungsgegebenen“ Regelungen wie den gemeinsamen Empfehlungen der BAR oder bei einzelnen eigenen Leitlinien der Leistungsträger betont.

Die DVfR hat diese erläuternde Stellungnahme gemeinsam mit ihren „Thesen zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ – aus den Erfahrungen und Bedarfen ihrer breiten Mitgliederschaft heraus – erarbeitet.

Allen, die jetzt, orientiert an der CRPD der Vereinten Nationen und auf Basis der schon erreichten behindertenpolitischen Errungenschaften in unserem Land, die Chance nutzen wollen, um mit Hilfe der Rehabilitation eine qualitätvolle und zukunftsfähige, also zugleich an selbstbestimmter Teilhabe der Betroffenen wie an Erfordernissen langfristiger finanzieller Tragfähigkeit der Sozialausgaben ausgerichteten Versorgung von Menschen mit Eingliederungshilfebedarf zu entwickeln, bietet die DVfR ihre Fachkompetenz gerne an.

Heidelberg, im September 2009

gez.: **Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann**

(Vorsitzender der DVfR)

gez.: **Klaus Lachwitz**

(Leiter des DVfR-Ad hoc-Ausschusses „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe“)

Anhang: Fallbeispiel „Problemaufriss“