

Problemaufriss *Eingliederungshilfe und Rehabilitation* anhand eines Fallbeispiels

1 Herr M.

Herr M. ist 23 Jahre alt, leidet an einer spastischen Tetraparese mit dystonen Anteilen im Rahmen einer Infantilen Cerebralparese. Es bestehen massive Kontrakturen der Beine und Arme. Diese werden in einer Art Henkelstellung gehalten, der Kopf ist im Liegen überstreckt. Keine aktive Sprache, keine Kontrolle der Handfunktion, keine Fortbewegungsmöglichkeit, kein Transfer über den Stand, schwere Schluckstörung, vollständige Abhängigkeit von Fremdhilfe einschl. Pflege, Urin-Inkontinenz (Windeln). Rollstuhl mit angepasster Sitzschale, Antidecubitusmatratze, Beförderungsrollstuhl klappbar, für kurze Strecken.

Herr M. ist praktisch bettlägerig.

2 Vorgeschichte

M. hat eine Schule im Bildungsgang geistige Behinderung besucht, allerdings mit zunehmenden Problemen beim Sitzen, so dass er im letzten Schuljahr die Zeit in der Schule überwiegend im Liegen zugebracht hat.

Seine alleinerziehende Mutter hat ihn mit Eintritt der Pubertät bei zunehmenden Kontrakturen und Pflegeproblemen im Alter von 14 Jahren in einer Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung untergebracht und sich zunehmend distanziert. Im Alter von 18 Jahren wurde eine gesetzliche Betreuung eingerichtet.

Er fühlte sich dort allem Anschein nach nicht unwohl, war allerdings recht teilnahmslos, nahm jedoch mit den Augen Kontakt zu anderen Mitbewohnern auf, schaute gerne Fernsehen, allerdings zunehmend im Liegen. M. bekommt alles mit, sagten die Mitarbeiter. Er erhielt 2 x pro Woche Krankengymnastik sowie in der Schule 2 Stunden je Woche Einzelförderung. Er wurde routinemäßig und wegen gehäuft auftretender Bronchitis, gelegentlichen Hüftschmerzen und wegen Verstopfung kinderärztlich betreut. Die umfangreiche Pflege wurde von der Wohneinrichtung von pädagogischen und von Pflegefachkräften durchgeführt. Druckgeschwüre traten zunächst nicht auf, allerdings stellten sich Druckzonen i. S. eines Decubitus 1. Grades im Liegen und im Sitzen (nach 30 Min.) ein. Grenzwertige Ernährungssituation: bei einer Körpergröße von 175 cm wurde ein Körpergewicht von nur 42 kg erreicht.

Am Ende der Schulzeit wurde festgestellt, dass eine Aufnahme in die Werkstatt nicht möglich sei und daher die Aufnahme in eine Tagesförderstätte vorgeschlagen. Erst nach längerem Suchen fand sich eine Wohneinrichtung (Einrichtung C) mit einer solchen Förderstätte, die sich bereit und in der Lage zeigte, den jungen Mann aufzunehmen. Als Alternativen gab es zwei Angebote von Pflegeeinrichtungen, die auch jüngere Menschen aufnehmen.

In Einrichtung **C** blieb der junge Mann 3 Jahre, bis die Einrichtung auf Grund von Insolvenz geschlossen wurde, und der junge Mann in eine andere Einrichtung der Eingliederungshilfe (Einrichtung **D**) verlegt wurde.

3 Prozess der Eingliederung in Einrichtung C ohne rehabilitative Ausrichtung

Junger Mann, ca. 2 x 2 Stunden Sitzzeit, Wohngruppe sorgt für fahrbares Pflegebett und fährt ihn in den Tagesraum, in Tagesförderstätte von ca. 6 Stunden Aufenthalt ca. 4 mit Lagerung auf Lagerungselementen. 2 x „Snoezelen“, Teilnahme an gemeinsamen Mahlzeiten, Musikgruppe, Spaziergängen (im Schieberollstuhl).

Unspezifische Maßnahmen im Regelsystem:

- Gruppe ruft Hausarzt: Dieser verordnet hochkalorische Nahrung, Essen mühsam wg. Schluckstörung, dauert jeweils 60 Minuten
- Krankengymnastik (KG; 2 x/Woche) kommt von außen (Praxis)
- Regelmäßige Hautkontrolle und Lagerungsmaßnahmen nach Hautbefunden
- Kommunikation über Augenkontakt (ja, nein), gilt als aufmerksam.
- Entwicklungsgespräch: Team, Psychologe, Hausleitung; Perspektive: Mehr Hinauskommen und frische Luft, Natur erleben; Bett auf Veranda schieben, verstärktes Einbeziehen im Bett bei den Gruppenaktivitäten
- Ergotherapie: führt Lockerungsübungen durch, macht Gesprächsangebote über Augenkontakt, stellt Fernsehgerät ein (2 x/Woche)
- Schlucktraining durch Logopäden: Orofaciale Stimulation, Zeitbedarf für Essen ca. 60 Minuten; Schlucktraining 1 x/Woche
- Assistenz: 2-3 x Spazierenfahren, Vorlesen, Versuch, auch über Körperkontakt Kommunikation aufzubauen; Kontakte scheitern an der Bettlägerigkeit
- Probleme: wirkt oft depressiv, häufiges Klagen über Schmerzen, dann vermehrt Lagerung im Bett; vermehrte Müdigkeit – „will ins Bett“
- Die Mutter hatte das Gefühl, ihrem Sohn ginge es nicht gut; auch deshalb erfolgte ein Wechsel in Einrichtung **D**

4 Prozess der Eingliederung in Einrichtung D mit rehabilitativer Ausrichtung

4.1 Spezifische Maßnahmen im Rahmen der Eingliederungshilfe (unter Nutzung medizinischen Wissens)

- Hypothese des Wohngruppenteams: Es sind relevante Änderungen der Lebenssituation möglich, wenn die Kontextfaktoren verändert werden
- Spezialisierter Arzt, der aus dem integrierten ärztlichen Dienst einer Einrichtung stammt: Normale Untersuchung (ca. 30 Min.), Röntgen, Labor: es gibt keine medizinischen Probleme, die vorab zu lösen sind; Voraussetzungen für Heilmittel- und Hilfsmittelverordnung liegen grundsätzlich vor
- Ziele des Prozesses:
 - Abklärung:
 - ist ein Mehr an Teilhabe möglich? Wie?
 - Sind weniger Schmerzen möglich?

- Wie lässt sich der Aufwand für Mitarbeiter/an Assistenz vermindern?
- Mehr Selbständigkeit – eine reale Option?
- Besuch der WfbM?
- Je nach Ergebnis: Änderung des Teilhabeplanes !?

4.2 Am Prozess der Bedarfsermittlung beteiligte Experten (Interdisziplinarität der Arbeit, Ganzheitlichkeit des Ansatzes, Teamorientierung, zielbezogene Prozesssteuerung)

- Case-Management durch einen Wohngruppenmitarbeiter:
Termine, Organisation, Anmeldung, Information über Problematik
- Arzt aus dem integrierten Dienst einer Einrichtung (spezialisiert):
 - spezifisches medizinisches Assessment:
ausführliche Untersuchung, Erhebung der Vorgeschichte bei den Eltern, Akten, Unterlagen, Zeugnisse, mehrfache Untersuchung in verschiedenen Stimmungslagen, Medikamentenanamnese, Untersuchung in verschiedenen Lagerungspositionen
 - Befund, Bericht, konkreter Assessmentplan, u. a. Formulierung spezifischer Fragestellungen an KG, Ergo-, Logotherapie, Psychologe, pädagogische Mitarbeiter für Testung, Untersuchung, Probehandeln
- KG (durch 2 spezialisierte Therapeuten aus einer Einrichtung):
spezialisiertes physiotherapeutisches Assessment: Bewegungsbefund, Lagerung, Bobath (Inhibition möglich?), Tonusverringern denkbar? Hauptprobleme? Positionierung?
- Ergotherapie (spezialisiert, Mitarbeiter der Einrichtung):
Prüfung der Feinmotorik, des Blickfeldes, – weiter siehe UK –
- UK (Unterstützte Kommunikation – Beratungsstelle BUK mit Ergotherapie, Logopädie):
Positionierung mit Verbesserung feinmotorischer Aktionen als Steuerungsimpuls und Kommunikationssignal
Klärung des Sprachverständnisses, D.: Anarthrie, keine zuverlässige Schriftsprache
- Hilfsmittelfachmann (spezialisiert):
Sitzalternativen, Lagerungsalternativen, elektronisch steuerbarer Rollstuhl?
- Rehabilitationspflege (spezialisiert aus der Einrichtung) mit 2 Hauptzielen:
 - Kontinenzhaltung
 - Decubitusvorbeugung
- Schlucktherapeut:
Verbesserung der Nahrungsaufnahme durch Positionierung? Andere Maßnahmen?

4.3 Prozessgestaltung

- Case-Management durch einen Mitarbeiter der Wohngruppe und einen Therapeuten seines Vertrauens) – konstante Begleitung
- Unmittelbare Diskussion und Erprobung im Lebensumfeld, da alles Fremde stark angstbesetzt ist

- Verarbeitung der Fehlschläge mit dem Klienten
- Personenkonstanz
- Immer auch gemeinsame soziale Aktivitäten im Lebensraum aller Beteiligten (außer Hilfsmittelfachmann, Arzt: häufig Besuch auf der Gruppe)
- Mehrere Förderplankonferenzen aller Beteiligten (einschl. Arzt), zahlreiche „Tür- und Angel“-gespräche
- Jeweils ärztliche Unterstützung der Leistungsansprüche und Sicherstellung der ärztlichen Verordnungen
- Hoher zeitlicher Aufwand in der Eingliederungsphase

4.4 Maßnahmen mit rehabilitativer Zielsetzung im Einzelnen:

- Medikamentöse Maßnahmen: beim Ziel einer Minderung der Spastik ohne Erfolg; Protonenpumpenhemmer zur Linderung der Magenbeschwerden
- Keine OP-Indikation nach ausführlicher Befunderhebung und Diskussion (Uniklinik wollte Operationen vornehmen): entspricht auch dem Wunsch des Klienten
- Erarbeitung einer Sitzposition in Spezialschale, Hockstellung, spezielle Armhalterung in Form zirkulärer Fixierung, dadurch Sitzzeiten von 12 Stunden und mehr (gemeinsamer Teamprozess durch Hilfsmittelfachmann, Therapeuten und Assistenten)
- Voraussetzung für langes Sitzen: Verringerung der Transferhäufigkeit durch Bewältigung der Inkontinenz, i. e. Versorgung mit Urinalkondom (schwierig; ausführliche und mehrfache Unterweisung der überwiegend weibl. Mitarb. mit pädagogischer, nicht pflegerischer Qualifikation)
- Vereinfachung der Transfers (notwendig für Stuhlgang: meldet sich spontan) durch Lifttechnik, Ermöglichung des Liftens durch nur 1 Person, Vereinfachung durch liegendes Liftertuch. (Jederzeitige Herausnahme aus Stuhl musste möglich sein – hierbei Orientierung am Teilhabebedarf, nicht an der Pflege); Ausführliche Übungsphase mit Mitarb.
- Spezielles Antidecubituskissen (wegen Decubitusgefahr)
- Begleitende Schmerztherapie, Training, intensive pädagogische Begleitung: wegen anfänglicher Schmerzen und Schwindelgefühlen durch die ungewohnt lange Sitzdauer
- Erarbeitung differenzierter Kommunikationsmöglichkeiten, da Schriftspracherwerb nicht mehr möglich: Bliss Symbole mit 1-4 Codierung über Blickrichtung; Kommunikationstafel (umfangreich) entsprechend des Bedarfs im konkreten Lebensumfeld
- Entwicklung einer universellen Steuerung: Bedienung über Kopfbewegungen (nur im Sitzen möglich mit spezieller Inhibition der Spastik!): Mouse, Notruf, Infrarot-Fernseh-, Bett- und Umfeldsteuerung
- Beschaffung eines elektronisch steuerbaren Elektrorollstuhles mit Kantelung (Kopfsteuerung) einschl. spezieller Sitzschale
- Beschaffung eines Talkers mit Sprachausgabe
- Erarbeitung möglicher Arbeitsinhalte über Kopfsteuerung
- Verbesserte Nahrungsaufnahme im Sitzen; dennoch PEG-Anlage zur sicheren Ernährung auf eigenen Wunsch, da Schlucktraining ohne ausreichenden Effekt
- Wegen Unverträglichkeit der Flaschennahrung Übergang auf Alevita-Konzept (natürliche, bilanzierte Nahrung ultrafeinpüriert, vorgefertigt).

- Wegen schlechter Schlafqualität und Verschlechterung der Kontraktoren: Fertigung einer spezifischen Nachtlagerungsmöglichkeit (Schale)

4.5 Erreichter Stand der Eingliederung nach ca. 3 Jahren

- Bettlägerigkeit kein Thema mehr: Sitzzeit 12 Stunden und mehr
- Nimmt umfassend am Leben in der Gemeinschaft teil
- Selbständig im E-Stuhl mobil; einschl. Stadt
- Teilhabezeiten durch Behinderung nicht mehr eingeschränkt
- Besucht gesellschaftlicher Veranstaltungen
- Nimmt Bürgerrechte wahr
- Kauft ein und regelt seine Angelegenheiten mit Assistenz
- Gelungene Eingliederung in WfbM (mit erhöhtem Betreuungsbedarf)
- Partnerschaftsepisode
- Leistungssport: E-Stuhl-Boccia
- Wunsch, in eigene Wohnung ausziehen mit Assistenz (Vorbereitung dazu läuft), wahrscheinlich Wohngemeinschaft
- Regelmäßige Anpassung und Nachjustierung sowie Reparaturen der Hilfsmittel durch Spezialisten erforderlich – Angewiesenheit auf spezialisiertes Netzwerk bleibt bestehen (Versuch eines Urlaub in anderer Einrichtung: hilflos)
- Deutlich reduzierter Bedarf an Assistenzzeit

4.6 Nicht erreicht: Verbliebene Probleme

- Kein Lesen, kein Schreiben, nur elementares Rechnen.
- Komplikationen an der PEG wegen zu geringen Körpergewichts und Unverträglichkeit der Nahrung: Umlagerung in den Dünndarm
- Schwere Anämie wegen Eisenresorptionsschwäche (Substitution nur parenteral möglich)
- In Notsituationen Kommunikation schwierig.
- Ohne spezifische Hilfsmittel und erfahrene Assistenz stellen sich sofort Komplikationenein: Decubitus, Durchfall, Anämie, weiterer Gewichtsverlust...

5 Finanzierung und aktuelle leistungsrechtliche Umsetzung (Gesamtprozess, aktueller Stand); leistungserbringerrechtliche Regelungen

- Assistenz und Case-Management (CM) erfolgen durch pädagogischen Mitarbeiter in der Einrichtung der Eingliederungshilfe. Das Case Management erfolgt in diesem Rahmen zu etwa 70 %.
- Arzt (teilhablespezialisiert): ca. 40 % d. Zeitaufwandes ist vertragsärztlicher Natur; kurative und rehabilitationsmedizinische Tätigkeit, ca. 60 % der Zeit entfallen auf teilhabeorientierte Aufgaben (Assessment, Teamarbeit und -unterweisung, Zielerarbeitung, Leistungserrschließung, sozialmedizinische Beurteilungen etc. (die Honorierung im Verhältnis Kran-

kenkasse/Eingliederungshilfe von ca. 25 % : 75 % spiegelt den Zeitaufwand nicht korrekt wider)

- KG/Physiotherapie (teilhabespezialisiert): ca. 80 % der Zeit umfasst die Behandlung im Sinne von Heilmitteln, ca. 20 % sind teilhabeorientiert und der EH zuzuordnen.
- Ergotherapie (teilhabespezialisiert): ca. 65 % Heilmittel, ca. 35 % EH
- Unterstützte Kommunikation (teilhabespezialisiert): 30 % Heilmittel (Ergotherapie, Logopädie), 70 % EH einschl. Kommunikationspädagogik, darin sind auch ca. 30 % des Case-Managements enthalten.
- Schlucktherapie (teilhabespezialisiert): 80 % Heilmittel, 20 % EH
- Pflege (teilhabespezialisiert): 100 % EH
- Hilfsmittel
 - Rollstuhl, Sitzschale, Nachtlagerung,
 - Rollstuhlsteuerung (jeweils hoch-spezialisiert): 100 % GKV
 - Lifter: 100 % Einrichtung
 - Notebook: 100 % EH
 - Inkontinenzhilfsmittel: 100 % GKV
- Sondennahrung:
 - industrielle Fertig-Lösung: 100 %GKV,
 - Alevita: 100 % EH

Die Einrichtung **D** erbringt als Einrichtung der Eingliederungshilfe eine Komplexleistung, die in diesem Falle rehabilitativ, d. h. auf die Verbesserung der Teilhabechancen ausgerichtet ist. Sie verfügt über teilhabeorientierte Fachdienste verschiedener Disziplinen: pädagogischer, therapeutischer, ärztlicher und sozialarbeiterischer Art. Die Finanzierung erfolgt als sog. duale Finanzierung durch die Krankenkassen und den Sozialhilfeträger.

Um sicherzustellen, dass vorrangige Leistungspflichten der GKV erfüllt werden, stehen folgende Dienste/Einrichtungen mit den entsprechenden Versorgungsverträgen/Zulassungen zur Verfügung:

- Vertragsärztliche Institutsermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung (Fachgebiet physikalische und rehabilitative Medizin): sichert die Abrechenbarkeit aller vertragsärztlichen, nicht aber der teilhabeorientierten Leistungen, soweit diese im Honorarkatalog EBM überhaupt erfasst sind
- Verträge nach §§ 124/125 SGB V: Heilmittelerbringung entsprechend den Rahmenverträgen, Leistungsvereinbarungen und Heilmittelrichtlinien
- Ferner wird durch den eigenen ärztlichen Dienst sichergestellt, dass budget- und richtgrößenunabhängig alle notwendigen Verordnungen von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln etc. erfolgen können
- Enge, regelmäßige Kooperation mit verschiedenen spezialisierten Hilfsmittelfirmen ohne vertragliche Bindung

Die Leistungserbringung erfolgt als Komplexleistung, die sich abrechnungstechnisch und auch leistungsrechtlich aus verschiedenen Teilkomponenten zusammensetzt und auf der Trägerebene zu einer einheitlichen Leistung für den Klienten zusammengeführt wird.

Die Eingliederungshilfe wird damit ihrer gesetzlichen Aufgabe n. § 53 Abs. 3 SGB XII gerecht, ohne dabei das Gebot der Nachrangigkeit zu verletzen. Er lautet:

„(3) Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, 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, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.“

6 Übertragbarkeit auf ambul. betreute Wohnform; Verallgemeinerungen des Fallbeispiels; Verallgemeinerungen: Netzwerke

Dieses Fallbeispiel lässt sich auch auf Menschen übertragen, die nicht in einer Einrichtung wohnen. Diese bedürfen neben Hilfen zum Wohnen und zur persönlichen Assistenz komplementärer Dienste, die für sie effektiv erreichbar und verfügbar sind, um ihre Teilhabechancen tatsächlich entwickeln und voll ausnutzen zu können. Deren Finanzierung muss sichergestellt werden. Auch Wohnen im „Arbeitgebermodell“ unter Nutzung des persönlichen Budgets nach § 17 SGFB IX ist möglich.

Dieses Beispiel lässt sich auch auf Menschen mit später erworbenen Behinderungen übertragen, z. B. nach Schädel-Hirntrauma, Schlaganfall oder auch eingetretenem Pflegebedarf aus anderen Gründen. (Die Situation in hohem Alter bedarf allerdings getrennter Analyse.)

Ebenso lassen sich analoge Bedarfe für Menschen mit sog. geistiger Behinderung, ggf. mit zusätzlichen psychischen Erkrankungen, beschreiben.

Würde Herr M. über die Kulturtechniken und die entsprechende Schulbildung verfügen, käme trotz der schweren Körperbehinderung auch eine berufliche Ausbildung für den allgemeinen Arbeitsmarkt in Betracht. Er wäre dabei auf kontinuierliche persönliche Arbeitsassistenz für die gesamte Ausbildungs- und Arbeitszeit angewiesen. Die Chancen einer Beschäftigung hängen, eine entsprechende Qualifikation vorausgesetzt, wesentlich von der kognitiven, weniger von der körperlichen Leistungsfähigkeit ab sowie von einer im Hinblick auf die Arbeitsaufgabe ausreichenden Arbeitsgeschwindigkeit und natürlich davon, ob ein entsprechender Arbeitsplatz zur Verfügung steht.

Allgemein muss man davon ausgehen, dass für Menschen mit körperlicher, geistiger und/oder mehrfacher Behinderung in einer Region komplementäre Dienste vorhanden sein müssen. Da sie im Sinne der Rehabilitation und Förderung der Teilhabe wirken, muss die Eingliederungshilfe daran ein Interesse haben. Deshalb sollte sie diese strukturell fördern, ihre Bereitstellung einfordern und, soweit leistungsrechtlich geboten, strukturell und institutionell fördern, damit diese überhaupt angeboten werden können. Neben einer strukturellen Förderung kann die Finanzierung der Dienstleistungen zum Teil auch über die individuellen personenzentrierten Hilfen erfolgen. Bei der Bereitstellung solcher Angebote sollten vorhandene Angebote in Wohneinrichtungen, Werkstätten, Tagesförderstätten etc. als bereits gegebene Infrastruktur mit genutzt werden.

Komplementäre Dienste und Einrichtungen sind:

- Teilhabeorientierte ärztliche und therapeutische Angebote, z. B. in einem Sozialmedizinischen Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (analog den SPZ) einschl. sozialrechtlicher Beratung und Leistungerschließung (Geeignete Fachdisziplinen je nach besonderem Bedarf)
- Auf Teilhabe spezialisierte therapeutische Fachdienste (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie)

- Beratungsstellen für Unterstützte Kommunikation und technische Hilfen
- Mobile Rehabilitation
- Teilhabeorientierter psychiatrisch/psychotherapeutischer Dienst für Menschen mit sog. geistiger Behinderung bzw. mit Doppeldiagnosen
- Intensiv-pädagogischer Dienst für Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten und Doppeldiagnosen
- Psychologischer Beratungsdienst einschl. Angehörigenberatung, Supervision, Assistenzberatung etc.
- Spezialisierter teilhabeorientierter Pflegedienst
- Integrationsfachdienste/berufsbegleitende Dienste
- Sozialpsychiatrische Dienste, gemeindepsychiatrische Verbände und Psychiatrische Institutsambulanzen
- Wohnraumberatung
- Sozialberatung für Menschen mit Behinderung

Ziel ist ein teilhabeförderndes regionales Netzwerk unter wesentlicher Beteiligung der Eingliederungshilfe als Rehabilitationsträger in Kooperation mit Angeboten anderer Sozialleistungsträger.

7 Kommentar und Zusammenfassung im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe bzw. des Rechts der Eingliederung, der Rehabilitation und der Teilhabe

Z. Zt. ist ein Angebot für Herrn M. bzw. ein regionales Netzwerk im Sinne von Punkt 6. in der BRD nicht flächendeckend verfügbar, und zwar weder im ambulanten noch im stationären Bereich der Eingliederungshilfe. Auch heute noch würde M. in vielen Regionen als weitgehend bettlägeriger Pflegefall analog der Funktionsstufe verbleiben, die in Einrichtung C erreicht worden war. D. h.: Weder die Leistungen der Eingliederungshilfe noch die der anderen Rehabilitationsträger sind in der BRD durchgehend, flächendeckend und ausreichend vorhanden. Gleichwohl sind diese Angebote auch z. Zt. schon leistungsrechtlich möglich, wenngleich die rechtlichen Grundlagen die Leistungserbringung nicht schon unbedingt fördern und ihre Umsetzung derzeit auf allen Seiten der Rehabilitationsträger Flexibilität und Offenheit erfordert, wie das bei Herrn M. regional der Fall ist.

Deshalb kommt es darauf an, dass in der BRD flächendeckend bedarfsgerechte Angebote zur Förderung der Teilhabe und der Rehabilitation für Menschen mit umfangreichem Unterstützungsbedarf in Form der erwähnten, zum Wohnen und Arbeiten komplementären Dienste für diesen Personenkreis angeboten werden. Jede rechtliche und praktische Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe muss diese Entwicklung fördern.

Eine Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe im Sinne personenzentrierter Hilfen nur durch Assistenzleistungen und Persönliches Budget für die Bereiche Wohnen und Arbeiten (im Rahmen der WfbM), würde die Probleme, die sich Herrn M. bzgl. der Entwicklung seiner Teilhabemöglichkeiten stellen, nicht lösen: Ohne z. B. Sitz- und Kommunikationsmöglichkeiten blieben ihm wesentliche Anteile der Teilhabe auch mit persönlicher Assistenz verschlossen.

Dabei lässt sich bei Herrn M. der Bedarf an Hilfen nicht einfach bestimmen: Schon die Erarbeitung der Hilfeoptionen war ein längerer, strukturierter und interdisziplinärer Prozess, dessen Ergebnis am Anfang noch nicht sicher abzusehen war.

Die theoretisch bereits vorhandenen Möglichkeiten des SGB IX im Sinne einer Zuordnung der Leistung zu Leistungen der Teilhabeförderung und der Krankenbehandlung und im Sinne einer trägerübergreifenden Bestimmung des Hilfebedarfes werden jedoch noch nicht genutzt, und zwar weder auf der individuellen geschweige denn auf der institutionellen Ebene. So gibt es bisher keine regulären rehabilitationsmedizinischen Angebote auf Wohnortebene, die den Leistungsbedarf von Herrn M. hätten außerhalb der Einrichtung **D** decken können.

Ein taugliches Konzept für die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe muss deshalb sicherstellen, dass zuverlässig alle benötigten Leistungen zur Sicherung der Teilhabe bereitgestellt sind und in Anspruch genommen werden können, um Artikel 26 der UN-Behindertenrechtskonvention umzusetzen.