

Diskussionspapier aus der DVfR zur Entwicklung eines Bundesteilhabegesetzes

Die nachfolgenden Ausführungen entstanden wesentlich im Rahmen der Arbeit von zwei Ad-hoc-Ausschüssen der DVfR:

- *Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe (Leitung: Wolfgang Ludwig, v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel; Kapitel A bis E) sowie*
- *Feststellungsverfahren für den Bedarf an individuellen Teilhabeleistungen für behinderte Menschen (Leitung: Antje Welke, Bundesverband Lebenshilfe; Kapitel F und G)*

Mit diesem nicht von allen Mitgliedern der DVfR uneingeschränkt unterstützten Diskussionspapier werden der Diskussionsprozess und verschiedene Positionen aus fachlicher Sicht innerhalb der DVfR zu den Bereichen Habilitation und Rehabilitation im BTHG-Prozess dargestellt.

Das Diskussionspapier ergänzt die vom Hauptvorstand der DVfR – unbeschadet von abweichenden oder weitergehenden Positionen der DVfR-Mitglieder – am 9.6.2015 beschlossenen Grundpositionen zur Entwicklung eines Bundesteilhabegesetzes.

Das Diskussionspapier enthält Arbeitsergebnisse zu folgenden Themenfeldern:

A.	Arbeitsergebnisse zum Themenfeld Personenkreis	2
B.	Arbeitsergebnisse zum Themenfeld Teilhabe am Arbeitsleben im Kontext der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe/BTHG	6
C.	Arbeitsergebnisse zum Themenfeld Medizinische Rehabilitation	11
D.	Arbeitsergebnisse zum Themenfeld Soziale Teilhabe	23
E.	Arbeitsergebnisse zum Themenfeld Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe: Schnittstellen zwischen SGB V, IX, XI und XII.....	26
F.	Vorschläge zu einem trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahren	36
G.	Vorschläge zur Organisation und Gestaltung der Beratung.....	40

A. Arbeitsergebnisse zum Themenfeld Personenkreis

Vorbemerkung

Es ist das Anliegen der DVfR, dass

- bei der Weiterentwicklung der bisherigen Eingliederungshilfe (EH) die UN-BRK in vollem Umfang berücksichtigt wird
- die Weiterentwicklung der bisherigen Eingliederungshilfe im Rahmen des SGB IX erfolgt
- bei insgesamt beschränkten finanziellen Mitteln sichergestellt wird, dass behinderte Menschen¹, die zur Ermöglichung ihrer Teilhabe auf Leistungen der (bisherigen) Eingliederungshilfe zwingend angewiesen sind, diese auch bekommen können und Fehlallokationen von Mitteln vermieden werden
- Benachteiligungen durch die Anrechnung von Einkommen und Vermögen vermieden werden.

Diese Aspekte sind bei den Regelungen zur Feststellung des anspruchsberechtigten Personenkreises zu berücksichtigen.

I. Deshalb schlägt die DVfR folgende Bestimmungen zum Personenkreis vor:

1. Die Definition von Behinderung im SGB IX, hier § 2, ist an die UN-BRK anzupassen. Demnach sollen als behindert im Sinne des SGB IX die Menschen gelten, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. „Langfristig“ ist ein Zeitraum von voraussichtlich länger als 6 Monaten. Eine Behinderung droht, wenn eine Einschränkung der Teilhabe im Sinne von Satz 1 zu erwarten ist.
2. Menschen mit Behinderungen haben einen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe, wenn sie auf Grund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in ihrer Teilhabe eingeschränkt sind und wenn Teilhabeziele im Sinne des SGB IX mit Leistungen zur Förderung der Teilhabe und Selbstbestimmung voraussichtlich SGB IX erreicht werden können.
3. Bei bestimmten, ggf. in einer Verordnung festzulegenden, schweren Beeinträchtigungen der Teilhabe, die nach der ICF beschreibbar sind, kann davon ausgegangen werden, dass die Voraussetzungen nach Nr. 1 und 2 regelhaft erfüllt sind und insofern ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe besteht. Dies kann z. B. für Menschen mit Blindheit gelten.

¹ Bei allen Bezeichnungen im Folgenden, die auf Personen bezogen sind, meint die gewählte Formulierung beide Geschlechter, auch wenn aus Gründen der leichten Lesbarkeit ggf. lediglich die männliche Form benutzt wird.

II. Zur Begründung

Diese Regelungen stellen sicher, dass

- es eine einheitliche, alle Träger bindende, UN-BRK-konforme Definition von Behinderung gibt,
- die Leistungen auf die Menschen fokussiert werden, die tatsächlich auf Unterstützung zur Teilhabe angewiesen sind,
- der Personenkreis, der bisher Eingliederungshilfe erhalten hat, auch weiterhin anspruchsberechtigt bleibt und auch die drohende Behinderung berücksichtigt wird,
- durch die Bindung an ein Bedarfsfeststellungsverfahren sichergestellt ist, dass der Bedarf individuell, umfassend und funktionsbezogen unter Einbeziehung der individuell relevanten Kontextfaktoren ICF-basiert ermittelt und festgestellt wird. Damit wird vermieden, dass Leistungen bereits durch das Vorliegen abstrakter Behinderungsmerkmale einer Person, die sich lediglich auf die Beeinträchtigungen von Strukturen und Funktionen beziehen, ausgelöst werden, ohne dass eine Behinderung der Teilhabe in relevanten Lebensbereichen vorliegt,
- die sachgerechte Auswahl der Leistungen und damit ihre Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit für das Erreichen der Teilhabeziele gewährleistet bleibt,
- mit Hilfe der Festlegungen nach Nr. 1, 2 und 3 auch der Personenkreis definiert werden kann, der einen niedrighwelligen Anspruch auf Beratungsleistungen und ggf. auf ein Fallmanagement und auf ein Bedarfsfeststellungsverfahren haben soll. Beratung, Fallmanagement und der Anspruch auf Beratungsleistungen sollen nicht von einer Einkommens- und Vermögensprüfung abhängig gemacht werden.

III. Hinweise zur Ausgabendynamik

Die DVfR macht ferner darauf aufmerksam, dass unter bestimmten Bedingungen der Bedarf an Leistungen zur Förderung der Teilhabe gegenüber dem jetzigen Stand steigen kann.

Sicher ist, dass Menschen mit Behinderungen deutlich älter werden, da ihre durchschnittliche Lebenserwartung ansteigt. Damit verändert sich zugleich auch ihr Unterstützungsbedarf. Diese Entwicklung ist nicht beeinflussbar und kann deshalb nicht als „neue Ausgabendynamik“ im Sinne des Koalitionsvertrages bezeichnet werden.

Unabhängig davon werden in der aktuellen Diskussion andere Gründe für einen Anstieg der Inanspruchnahme genannt, so z. B. Nachfragesteigerungen durch Wegfall der Barriere „Einkommens- und Vermögensprüfung“ und die Attraktivität reiner Geldleistungen. Dabei handelt es sich um nicht belastbar belegte Annahmen, denen die individuelle, funktionsbezogene Bedarfsfeststellung und damit die Fokussierung auf den tatsächlichen Unterstützungsbedarf zur Verminderung oder zum Ausgleich der Teilhabebeeinträchtigung entgegenwirkt.

IV. Steuerungsmöglichkeiten

Werden die beschriebenen Reformschritte umgesetzt, kommt der Definition der Zugangsbedingungen und damit der Bedarfsfeststellung besondere Bedeutung zu. Leistungsentscheidend wird dann die Feststellung des Bedarfs sein. Diese könnte entweder durch die Feststellung des Vorliegens von Beeinträchtigungen der Teilhabe analog zur Methodik der Versorgungsmedizinverordnung (VersMedV) erfolgen, die schon allein zum Bezug von Leistungen berechtigt, oder aber durch eine sachgerechte individuelle Bedarfsfeststellung.

Die DVfR spricht sich eindeutig für die Regelung des Zugangs zu Leistungen über ein personenbezogenes Bedarfsfeststellungsverfahren aus. Dadurch wird erreicht, dass Leistungen auf konkrete Bedarfe vorwiegend im Sinne personaler, ggf. auch sächlicher Unterstützung konzentriert werden. Die DVfR empfiehlt, die Leistungen als Sachleistungen oder in Form eines persönlichen Budgets zu gestalten.

Insofern stellt sich zum einen die Frage, wie ein Bedarfsfeststellungsverfahren aussehen kann, das unter Wegfall anderer limitierender Bedingungen (s. o.) den Zugang zu Sach- und Geldleistungen sachgerecht regelt einschließlich der Anforderungen an die Begutachtungsqualität und deren Justiziabilität.² Die Etablierung eines umfassenden Bedarfsfeststellungsverfahrens bedeutet, dass der Leistungsanspruch nicht aus dem Vorliegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, die auch ohne Prüfung des konkreten Bedarfs allein aus den vorliegenden Schädigungen festgestellt werden kann (vgl. dazu das Verfahren zur Feststellung einer Schwerbehinderung nach VersMedV), abgeleitet wird, sondern erst nach Analyse des persönlichen, von Kontextfaktoren abhängigen Bedarfs im individuellen, personenbezogenen Bedarfsfeststellungsverfahren.

Eine solche Betrachtungsweise kann sachlich begründet werden, da im Sinne der UN-BRK zu berücksichtigen ist, dass Behinderung erst durch das Zusammentreffen von Beeinträchtigungen und Kontextfaktoren entsteht, die individuell bei gleicher Beeinträchtigung sehr unterschiedlich ausfallen können und insofern oft entscheidend dafür sind, ob eine Teilhabebeeinträchtigung besteht und ob und ggf. welche Unterstützung notwendig ist, um die Teilhabebeeinträchtigung zu vermindern. Damit würde der Umstand der erheblichen Beeinträchtigung der Teilhabe nicht an personbezogenen Merkmalen festzumachen sein, sondern an der konkreten Lebenslage und dem dort konkret bestehenden Unterstützungsbedarf. Dieser wiederum ist aber nur durch ein Bedarfsfeststellungsverfahren zu ermitteln. Näheres zum Bedarfsfeststellungsverfahren in der Stellungnahme der DVfR dazu (vgl. auch unten Kapitel F).

Ausnahmen vom Verfahren der umfassenden Bedarfsfeststellung sind nicht ausgeschlossen (vergleichbar den Regelungen zum Blindengeld).

² Hier wird auf die Erfahrungen aus den Begutachtungen zum Landespflegegeld sowie der Schwerbehinderung verwiesen. In Rheinland-Pfalz kam es bei ca. 4 Mio. Einwohnern 2009 zu 99.691 Verwaltungsverfahren (Erst- und Neufeststellungsverfahren), zu 19.028 Widerspruchsverfahren und zu 2.943 Klagen vor dem Sozialgericht. Bundesweit wurden 2008 insgesamt 43.864 Klagen vor den Sozialgerichten eingereicht. Siehe Hansen und Thomann et al. (Hrsg.: 2012).

V. Datenlage

Die vorhandene Datenlage lässt eine belastbare Aussage zur Zahl der grundsätzlich bisher Leistungsberechtigten der Eingliederungshilfe nicht zu. Es lassen sich aus den Daten der Schwerbehindertenstatistik, der Pflegestatistik, der Erwerbsunfähigkeitsrentenstatistik und den epidemiologischen Daten zu einzelnen Erkrankungsgruppen, insbesondere zu erworbenen Hirnschädigungen, Unfallopfern sowie Blinden und hörbehinderten Menschen Anhaltspunkte dafür finden, dass die Zahl der Anspruchsberechtigten steigen wird.

B. Arbeitsergebnisse zum Themenfeld Teilhabe am Arbeitsleben im Kontext der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe/BTHG

Die nachfolgenden Ausführungen stellen nur einen Teilbeitrag zum Thema „Teilhabe am Arbeitsleben“ dar und beschränken sich auf solche Aspekte, die im Zusammenhang der Diskussion um ein Bundesteilhabegesetz (BTHG) dem Ausschuss als von besonderer Bedeutung erscheinen.

Vorbemerkung

Für Menschen mit Behinderungen die Teilhabe am Arbeitsleben zu verbessern, ist ein wichtiges Anliegen bei der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe. Die dazu notwendigen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen sollten im Kontext des SGB IX und der entsprechenden Verordnungen getroffen werden. Sonderregelungen im Bereich der (bisherigen) Eingliederungshilfe sollten im Interesse einer Konvergenz des Rehabilitationsrechtes beseitigt werden. Aus Sicht der DVfR ist die Verwirklichung eines inklusiven Arbeitsmarktes ein wichtiges Ziel, so dass auch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Beeinträchtigungen ihren Platz auf dem ersten Arbeitsmarkt finden können. Gleichwohl ist sich die DVfR der Realitäten des ersten Arbeitsmarktes, der u. a. durch globalen Wettbewerb, Gewinnorientierung und Produktivitätsdruck geprägt ist, bewusst und hält aus diesem Grund derzeit auch Werkstätten für behinderte Menschen für angemessene Arbeitsorte vor allem für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf. Zugleich spricht sich die DVfR für eine umfassende Förderung der Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aus, so dass für Menschen mit Behinderungen echte Wahlmöglichkeiten entstehen.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der bisherigen Eingliederungshilfe und darüber hinaus sind Anstrengungen zu unternehmen, die Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderungen auf Basis eines individuellen Bedarfsermittlungs- und -feststellungsverfahrens zu optimieren. Dabei soll aus Sicht der DVfR durch Änderung im SGB IX insbesondere erreicht werden, dass bedarfsgerecht ein umfassendes trägerübergreifendes Bedarfsermittlungsverfahren auch im Hinblick auf die Teilhabe am Arbeitsleben zur Verfügung steht. Ferner sollte ein „disability management“ bzw. ein „fachliches Fall- bzw. Teilhabemanagement“ mit dem Ziel der Erhaltung bzw. der Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit und damit eines „Return to Work“ sichergestellt sein, und zwar nicht nur für behinderte Menschen am Anfang ihrer beruflichen Eingliederung, sondern insbesondere auch für Menschen mit erworbenen Beeinträchtigungen, die eine Behinderung aufweisen bzw. denen eine solche droht. Darüber hinaus erscheint es erforderlich, eine ggf. längerfristige psychosoziale Begleitung und eine niedrigschwellige Beratung und Unterstützung für Arbeitgeber, hier insbesondere für kleine und mittlere Unternehmen, als Leistungsanspruch vorzusehen.

Im Einzelnen bringt die DVfR folgende Vorschläge in die Reformdiskussion ein:

1. Schnittstelle Schule, Ausbildung und Beruf verbessern

Die Agentur für Arbeit kann Schülerinnen und Schüler mit Behinderung durch vertiefte Berufsorientierung und Berufswahlvorbereitung fördern, wenn sich Dritte mit mindestens 50 % an der Förderung beteiligen. Die Finanzierung hierfür ist dauerhaft sicherzustellen. Für Schülerinnen und Schüler mit Förderbedarf – insbesondere mit geistiger Behinderung – müssen in der Praxis mehr Möglichkeiten der betrieblichen Berufsorientierung bzw. Ausbildungsvorbereitung zur Verfügung stehen. Gerade junge Menschen mit Behinderungen benötigen Unterstützungsangebote, um selbstbestimmt zwischen beruflichen Alternativen wählen zu können. Erweiterte Möglichkeiten zu Praktika, bei denen für eine zielgerichtete Einweisung und Anleitung gesorgt werden muss, spielen hier eine besonders wichtige Rolle.

Es bedarf zudem einer Prüfung, wie der Rechtsanspruch auf ein Persönliches Budget nach § 17 SGB IX im Rahmen der beruflichen Orientierung umgesetzt werden kann. Die Bundesagentur für Arbeit hat eine Handlungsempfehlung zum Persönlichen Budget für ihre regionalen Dienststellen erarbeitet. In der Praxis bleibt diese aber oft wirkungslos. Berufliche Orientierung sollte daher auch Hilfe zur schulischen Aus- und Weiterbildung für einen Beruf umfassen. Die Regelungen im § 33 SGB IX sind entsprechend zu ergänzen.

Die DVfR weist dringend darauf hin, dass die Schnittstelle „Schule-Beruf“ erneut zwischen Bund und Ländern bearbeitet werden muss. Da aufgrund des Föderalismus die Länder im Bildungsbereich vorrangig zuständig sind, müssen in diesem Fall neben den Arbeits- und Sozialministerien auch die Kultusministerien eingebunden werden. Vor allem ist zu klären, welcher Akteur an dieser Schnittstelle die fachliche Leitung übernimmt und die Zusammenarbeit der Leistungsträger im Sinne § 12 SGB IX sicherstellt.

Die Chancen auf eine umfassende Berufsausbildung, wie sie z. B. durch Berufsbildungswerke eröffnet werden, dürfen nicht eingeschränkt werden. Zugleich sind inklusive Ausbildungen in Betrieben mit qualifizierter Unterstützung durch BBWs bundesweit sicherzustellen. Behinderungsbedingte Ausfallzeiten wie z. B. Klinikaufenthalte dürfen bei Erreichen des 18. Lebensjahres und damit der Beendigung der Schulpflicht nicht zu Einschränkungen bei der Schulwahl oder der notwendigen persönlichen Assistenz führen. Insbesondere sind hierbei Förderberufskollegs für erwachsene Schüler zu berücksichtigen.

2. Berufliche Qualifizierung im Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen (WfbM) an reguläre Ausbildung anpassen

Für viele Teilnehmer des Berufsbildungsbereiches ist die berufliche Bildung in der Werkstatt die erste und einzige berufliche Bildung, die sie erfahren. Die Leistungen zur beruflichen Bildung sind in § 40 SGB IX sowie § 4 WVO umfassend dargestellt.

Die DVfR fordert den Abbau von Barrieren und strukturellen Diskriminierungen von in Werkstätten beschäftigten behinderten Menschen. Dazu gehören das Recht auf Berufsschulunterricht, eine dreijährige berufliche Qualifizierung im Berufsbildungsbereich, ein Wechselrecht aus dem Berufsbildungsbereich in eine Leistung nach § 38 a SGB IX (Unterstützte Beschäftigung), die Anerkennung von in der Werkstatt erworbenen Qualifizierungsbausteinen, das Recht auf Ausbildung trotz voller Erwerbsminderung und der Erwerb von Teilqualifizierungen im Arbeitsbereich einer Werkstatt. Zugleich müssen Inhalte zur beruflichen Qualifizierung

behinderter Menschen in Werkstätten durch abgestimmte Bildungsrahmenpläne endlich bundesweit einheitlich geregelt werden.

3. Erweiterung des Aus- und Weiterbildungsbegriffes

Die DVfR befürwortet die Zuordnung aller berufsqualifizierenden Leistungen zu den Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben. Die „Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule“ (§ 54 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB XII) sollten in den Leistungsbereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gem. § 33 SGB IX übergehen, und Rechtsansprüche auf diese Leistungen sollten im jeweiligen Teil des Sozialgesetzbuches der für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständigen Rehabilitationsträger, insbesondere im SGB III, verankert werden. Denn immer mehr junge Menschen erwerben anstelle einer beruflichen Ausbildung ihre beruflichen Qualifikationen im Hochschulstudium. Die Leistungen der beruflichen Rehabilitation bilden diese gesellschaftliche Veränderung jedoch nicht hinreichend ab, sondern gehen noch immer von einer Aus- und Weiterbildung zu einem Beruf aus, der aus dem Kanon der dualen Ausbildung ausgewählt wird; in der Regel werden daher auch nur diese als Rehabilitationsleistungen finanziert. Bei der Neugestaltung der Leistungen ist die notwendige Unterstützung sicherzustellen, damit auch behinderte Menschen moderne Qualifikationsprofile mit Praktika und Auslandsaufenthalten erwerben können. Die vorgeschlagene Aufgabenzuordnung zur Bundesagentur für Arbeit (§ 112 ff. SGB III) darf jedoch nicht ohne Sicherstellung entsprechender finanzieller Ressourcen durch den Bund erfolgen; hierfür ist Sorge zu tragen.

4. Budget für Arbeit bundesweit anbieten

Im Rahmen der ASMK haben sich Bund und Länder darauf verständigt, das Budget für Arbeit als Leistungsform bundesweit anzubieten. Umgesetzt haben diesen Beschluss z. B. Rheinland-Pfalz, Niedersachsen, Hamburg, Baden-Württemberg sowie die Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen Lippe.³

Durch das Budget für Arbeit erhalten Menschen mit Behinderungen, die einen Rechtsanspruch auf eine Beschäftigung in der WfbM haben, die Möglichkeit, ein Beschäftigungsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einzugehen. Da diese Wahlmöglichkeit im Rahmen des persönlichen Budgets noch immer nicht gegeben ist, sollte das Budget für Arbeit selbstverständlicher Teil des flächendeckenden Angebotes an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden. Es sollte darauf geachtet werden, dass die Umsetzung des Budgets für Arbeit bundesweit einheitlich erfolgt. Schon heute bestehen in der Ausgestaltung dieses Modells zwischen den Bundesländern deutliche Unterschiede. Die DVfR fordert, dass das Budget für Arbeit dauerhaft bedarfsdeckend ausgestaltet wird und einen Lohnkostenzuschuss ebenso wie begleitende Unterstützung und Assistenz beinhaltet. Zudem sind wie in der WfbM der Nachteilsausgleich der gesetzlichen Rentenversicherung und ein zumindest mehrjähriges Rückkehrrecht in die WfbM einzuräumen.

³ Vgl. Ergebnisprotokoll der Amtschefkonferenz der 87. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder, TOP 4.3, Anlage VI, Seite 43 f.

5. Unterstützte Beschäftigung ausbauen

Bisher sind voll erwerbsgeminderte Personen von Leistungen der unterstützten Beschäftigung ausgeschlossen. Die DVfR befürwortet hier eine gesetzliche Ausweitung. § 39 SGB IX sollte insoweit so gestaltet werden, dass unterstützte Beschäftigung auch für voll erwerbsgeminderte Personen ermöglicht werden kann.

6. Teilhabe am Arbeitsleben nicht nur in einer WfbM stärken

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind aus Sicht der DVfR örtlich zu flexibilisieren. „Werkstattleistungen“ als Synonym für bisher nur in WfbM erbrachte Unterstützungsleistungen sollten auch an anderen Orten als in der WfbM realisierbar werden. Dabei ist zugunsten der Menschen mit Behinderungen ein Rückkehrrecht in eine WfbM zu garantieren. So würde auch der doppelten Zielsetzung der WfbM besser Rechnung getragen, die in § 136 Abs. 1 Satz 1 SGB IX verankert ist. Dort heißt es: „Die Werkstatt für behinderte Menschen ist eine *Einrichtung zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben* im Sinne des Kapitels 5 des Teils 1 und zur *Eingliederung in das Arbeitsleben*“ (Hervorhebungen durch Verfasser). Besonders wichtig ist dies bei Menschen, die ihre Beeinträchtigung erst im Laufe ihres Lebens erworben haben, z. B. bei Menschen mit seelischen Behinderungen, mit erworbenen Hirnschädigungen u. a. Für diesen Personenkreis gelingt eine Rückkehr auf einen früheren Arbeitsplatz oft nur durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

In der Reformdiskussion wird derzeit auch die Zulassung „anderer geeigneter Anbieter“ neben den WfbM erwogen. Die DVfR setzt sich mit Nachdruck dafür ein, dass für diese Anbieter bundesweit einheitliche Qualitätsanforderungen definiert und verbindlich im Gesetz verankert werden. Auch die Überprüfung der Einhaltung dieser Vorgaben ist sicherzustellen. Im Hinblick auf qualitative Anforderungen sind folgende Aspekte unverzichtbar: Die „anderen Anbieter“ müssen sämtliche, an den individuellen (Unterstützungs-)Bedarfen des Einzelnen ausgerichteten, begleitenden Leistungen gewährleisten sowie erforderliche Betreuung und Assistenz sicherstellen. Barrierefreiheit, auch im Hinblick auf barrierefreie Kommunikation, ist unabdingbar. Das Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten, frei zwischen Angeboten von WfbM, anderen Anbietern und Budget für Arbeit auswählen zu können, ist zu sichern und zu stärken. Zugleich ist sicherzustellen, dass die Ausgestaltung der Mitwirkungsrechte der behinderten Menschen und Nachteilsausgleiche wie in der Werkstatt gewährleistet sind.

7. Teilzeitbeschäftigung in den WfbM bundeseinheitlich umsetzen

Die Werkstättenverordnung fordert, Menschen im Berufsbildungs- und im Arbeitsbereich je nach Art und Schwere der Behinderung oder zur Erfüllung des Erziehungsauftrags eine kürzere Beschäftigungszeit zu ermöglichen, wo es notwendig scheint. Hierfür muss sich die Werkstatt mit dem Leistungsträger abstimmen. Die Norm richtet sich an die Werkstatt und bestimmt das von ihr bereitzustellende Leistungsangebot; für die Menschen mit Behinderungen dagegen macht sie keine Vorgaben, in welchem Umfang sie das Angebot in Anspruch nehmen müssen. In der Praxis jedoch sehen die Leistungsträger nicht selten bei einer Beschäftigungszeit von 15 oder weniger Stunden wöchentlich das Eingliederungsziel als nicht

erreichbar an und sind der Ansicht, es handle sich dann um eine „ambulante“ Rehabilitationsleistung.

Die DVfR setzt sich dafür ein, auch an dieser Stelle das Selbstbestimmungsrecht der Menschen mit Behinderungen deutlich zu stärken und ihr Recht auf Teilzeit in der Praxis der WfbM zu verwirklichen. Bei verminderter Belastbarkeit nach Feststellung des besonderen Bedarfes im Rahmen des Bedarfsfeststellungsverfahrens sollte eine zeitverkürzte Tätigkeit auch während der Phase der beruflichen Bildung möglich sein.

8. Zugang zur Teilhabe am Arbeitsleben auch für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf

Das Recht auf Teilhabe am Arbeitsleben ist als Menschenrecht in Artikel 27 UN-BRK normiert. Es steht allen Menschen mit Behinderungen, auch solchen mit hohem Unterstützungsbedarf, zu. Ein „Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeit“, wie dies § 136 Abs. 1 SGB IX vorsieht, kennt Art. 27 UN-BRK nicht.

Auch für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf müssen deshalb Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben gewährleistet bzw. eröffnet werden. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht auf Leistungen in der WfbM zu beschränken sind.

C. Arbeitsergebnisse zum Themenfeld Medizinische Rehabilitation

Vorbemerkung

Im Prozess der Reform der bisherigen Eingliederungshilfe sind Veränderungen im SGB IX unausweichlich und auch in anderen Gesetzen sinnvoll. Dies betrifft auch die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die rehabilitationsmedizinische Betreuung in teilhabefördernden Settings und kurative Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung.

Manche der beschriebenen Problemstellungen beruhen auf unzureichenden gesetzlichen Grundlagen, andere wiederum auf unzureichender Umsetzung vorhandener Gesetze. Deshalb werden nicht alle Probleme ausschließlich durch gesetzliche Änderungen unmittelbar zu beseitigen sein – einige können auch durch eine gesetzlich angeregte veränderte Verwaltungspraxis behoben werden.

Das Themenfeld Medizinische Rehabilitation ist im bisherigen sog. BTHG-Prozess nur unzureichend bearbeitet worden. Die DVfR diskutiert dieses Thema deshalb ausführlich und macht Vorschläge für die Weiterentwicklung der gesetzlichen Grundlagen in einer weitergehenden Perspektive.⁴

I. Zum aktuellen Beratungsprozess eines Bundesteilhabegesetzes

1. Im Hinblick auf die medizinische Rehabilitation im Verhältnis zur Eingliederungshilfe sollte im Zuge der Reform klargestellt werden, dass Leistungen zur Rehabilitation auch solche Personen erhalten können, die keinen Versicherungsschutz, zum Beispiel im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, der Rentenversicherung etc. haben. In diesem Fall kann – dies sieht das SGB IX auch jetzt schon vor – der Träger der bisherigen Eingliederungshilfe Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen. Eine Sonderregelung dazu im SGB XII bzw. im Rahmen der Eingliederungshilfe reform, wie in der Vorlage zur 3. Sitzung vorgeschlagen, ist nicht erforderlich und stört zudem die Gesetzssystematik. Sie wird deshalb von der DVfR abgelehnt.
2. Die Regelung in § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII, dass sich die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 SGB IX nicht von denen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Bundesagentur für Arbeit unterscheiden dürfen, sollte aufgehoben werden. Denn nicht alle Leistungen, die in § 26 genannt sind, werden von der GKV (oder auch der Rentenversicherung) tatsächlich erbracht, bzw. sie werden nur in besonderen Formen angeboten, z. B. als stationäre Rehabilitation (vgl. dazu auch Kapitel F). Leistungen, die den Zielen der medizinischen Rehabilitation dienen, aber von den eigentlich vorrangig zuständigen Trägern nicht erbracht werden müssen, obwohl sie notwendig sind, um die Ziele der Teilhabe nach § 4 SGB IX zu erreichen, sollten deshalb dann im

⁴ Manche der weiterführenden Überlegungen finden sich ebenfalls in Abschnitt F, wenn sie auch dort sinnvoll aufzunehmen waren.

Rahmen der Eingliederungshilfereform als Leistungen der medizinischen Rehabilitation ermöglicht werden, wenn diese in einem Bedarfsfeststellungsverfahren als notwendig festgestellt werden und geklärt ist, dass die anderen beteiligten Träger diese Leistungen auf Grund ihres Leistungsrechts nicht erbringen oder nicht erbringen können.

Dies ist deshalb von besonderer Bedeutung, weil es zahlreiche Leistungen gibt, die zwar vom Ziel und auch von der Art der Durchführung her der medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 26 SGB IX zuzurechnen sind, die jedoch nicht im Leistungskatalog der GKV oder der Rentenversicherung enthalten sind, z. B. bestimmte Hilfs- oder Heilmittel sowie weitere Leistungen (vgl. Kapitel F). Deshalb wird derzeit gefordert, im SGB IX das Leistungsspektrum der medizinischen Rehabilitation auch um ambulante Leistungen und insbesondere um ambulante Einzelleistungen zu ergänzen.

Im Rahmen eines Bedarfsfeststellungsverfahrens sollte deshalb der Träger der bisherigen Eingliederungshilfe mit dem neuen BTHG die Möglichkeit erhalten, aufgrund einer Bedarfsfeststellung auch andere medizinische Leistungen zu übernehmen, die notwendig sind, um das Teilhabeziel zu erreichen, aber von anderen Sozialleistungsträgern nicht übernommen werden. Dies ist besonders relevant im Bereich der Hilfsmittel, jedoch auch bei einzelnen Leistungen, zum Beispiel der Ergotherapie, dem Training lebenspraktischer Fähigkeiten und dem Low-Vision-Training bei Sehbeeinträchtigung, dem Fallmanagement, der Beratung etc. Dadurch ist keine Inflationierung des Leistungsumfanges zu erwarten, da in Zukunft eine exakte Bedarfsfeststellung vorgeschaltet wird.

Unabhängig davon sollte versucht werden, durch eine Erweiterung des Leistungsspektrums der Rehabilitation im SGB IX vorhandene Lücken in der Leistungserbringung zu schließen. Diese kommt dann auch Menschen zu Gute, die bisher Eingliederungshilfe erhalten.

II. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation richten sich nach den gesetzlichen Vorschriften (z. B. nach § 40 SGB V, § 15 SGB VI u. a. i. V. m. § 26 SGB IX).

A. Problemstellung:

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden zurzeit nicht ausreichend genutzt, um Beeinträchtigungen und damit verbundene Behinderungen zu vermeiden oder zu vermindern oder ihre Bewältigung zu unterstützen. Diese Leistungen sind stets vorrangig vor anderen Sozialleistungen und es ist Aufgabe der Rehabilitationsträger, der Vertragsärzte, der Leistungserbringer und anderer darauf hinzuwirken, dass solche Leistungen frühzeitig und umfassend erbracht werden, vor allem auch deshalb, damit Leistungen wie z. B. die der bisherigen Eingliederungshilfe gar nicht erst erforderlich werden oder, wenn überhaupt, in möglichst geringem Umfang. Geschieht das nicht, bedeutet dies einen nicht notwendigen Bezug von Sozialleistungen – die Ziele des SGB IX nach § 4 Abs. 1 werden verfehlt. Dies trifft für einige Personengruppen in besonderem Maße zu. Dazu gehören z. B. Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen, mit progredienten neuromuskulären Erkrankungen, mit (drohendem) Pflegebedarf, pflegende/betreuende

Angehörige, jedoch auch andere Personengruppen, z. B. blinde und sehbehinderte Menschen.

2. Menschen mit bestehenden Beeinträchtigungen und damit verbundenen Behinderungen, insbesondere bereits pflegebedürftige Menschen, erhalten häufig keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch nicht bei neu aufgetretenen interkurrenten Erkrankungen, nach akuten Erkrankungen und nach Unfällen), die erforderlich sind, um deren Verschlimmerung oder das Eintreten von Komplikationen zu vermeiden oder zu mindern, die Beschäftigungsfähigkeit zu sichern oder die Teilhabe trotz eines umfassenden Unterstützungsbedarfes zu fördern. Die Ursachen hierfür sind vielfältig, z. B. liegt dies daran, dass für diese Personengruppe von den behandelnden Ärzten keine Teilhabeziele formuliert werden oder die Rehabilitationsfähigkeit für stationäre Rehabilitation verneint wird und mobile Rehabilitation nicht zur Verfügung steht. Häufig werden Teilhabeziele unter Verweis darauf, dass Pflegebedürftigkeit bereits bestehe und diese deshalb nicht mehr verhindert werden könne, nicht anerkannt. Viele Rehabilitationseinrichtungen können auf Grund ihres Rehabilitationsprogramms Pflegebedürftige nicht oder nur in geringer Zahl aufnehmen. Oft steht eine benötigte Begleitperson nicht zur Verfügung. Nicht zuletzt wünschen v. a. ältere Menschen einen Ortswechsel nicht und würden nur eine häusliche Rehabilitation akzeptieren.
3. Vorhandene Angebote der medizinischen Rehabilitation sind häufig nicht barrierefrei, nicht geeignet oder nicht spezifisch auf die Beeinträchtigung ausgerichtet.
4. Vorhandene stationäre Angebote sind für manche Menschen, z. B. bei vorbestehenden Beeinträchtigungen oder bei speziellen familiären Konstellationen (Mütter mit Kindern, pflegende Angehörige etc.), nicht durchführbar.

B. Vorschläge aus der DVfR zur Gestaltung der medizinischen Rehabilitationsleistungen

Wenn die Rehabilitationspotentiale bei Menschen mit Behinderungen nicht erkannt oder ausgeschöpft werden, wird deren Unterstützungsbedarf nicht im möglichen Umfang reduziert. Deshalb artikuliert die DVfR hier einige Vorschläge zur Gestaltung der medizinischen Rehabilitationsleistungen. Einige dieser Vorschläge zielen auf die Umsetzung schon vorhandener gesetzlicher Regelungen ab, andere zielen auf gesetzliche Klarstellungen oder auf die Schaffung neuer oder geänderter gesetzlicher Grundlagen bzw. die Klarstellung in der Gesetzesbegründung.

1. Durchgängige Barrierefreiheit der Rehabilitationsangebote und ggf. ausdrückliche Klarstellung im SGB IX, z. B. als Bestandteil der Versorgungsverträge nach § 21 SGB IX.
2. Klarstellung, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch bei Menschen mit Pflegebedürftigkeit, bei Erwerbsunfähigkeit und ggf. bei Nutzung einer Tagesförderung in Betracht kommen, um die Ziele des § 4 SGB IX sowie Art. 26 UN-BRK zu erreichen.
3. Erweiterung und konzeptionelle Weiterentwicklung der Rehabilitationsangebote innerhalb stationärer und ambulanter Rehabilitationseinrichtungen und Dienste für die spezielle Betreuung von Rehabilitanden mit einem besonderen Unterstützungsbedarf, insbesondere Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung, Kinder und Jugend-

- liche, Menschen mit erworbenen Behinderungen (z. B. Hirnschädigung), psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen u. a. Berücksichtigung des behinderungsassoziierten Mehrbedarfes ggf. einschließlich einer stärkeren Individualisierung und Personenzentrierung der Leistungsgestaltung während der Rehabilitation (vgl. Sicherstellungsauftrag nach § 19 SGB IX).
4. Spezialisierung einzelner Einrichtungen und Dienste der medizinischen Rehabilitation auf die besonderen Bedarfe von Menschen mit Behinderungen (vgl. Sicherstellungsauftrag nach § 19 SGB IX).
 5. Sicherstellung einer leistungsgerechten Vergütung für die Rehabilitation von Personengruppen mit behinderungsassoziiertem Mehrbedarf.
 6. Vermehrter flächendeckender Auf- und Ausbau ambulanter Rehabilitationsangebote. Dies ist besonders wichtig für Frauen mit Kindern, pflegende Angehörige und Menschen mit geistigen, mehrfachen oder seelischen und Sinnesbeeinträchtigungen, die in ihrem vertrauten Umfeld verbleiben möchten, damit sie auf ihre gewohnte Unterstützung nicht verzichten müssen (vgl. Sicherstellungsauftrag nach § 19 SGB IX).
 7. Sicherstellung, dass Rehabilitationsleistungen ausreichend lange dauern und in Art und Dauer flexibler durchgeführt werden können, ggf. durch Hinweis auf die besonderen Bedarfe von Menschen mit Beeinträchtigungen. Dazu gehören insbesondere die Kombination stationärer, ambulanter und mobiler Angebote, poststationäres Teilhabemanagement und Leistungen zur Nachsorge (vgl. zur Bedarfsermittlung § 10 SGB IX; zur Konkretisierung eines Anspruchs auf Teilhabemanagement und Nachsorgeleistungen vgl. z. B. Ergänzung des § 26 Abs. 3 SGB IX).
 8. Klarstellung des Rechts auf ein umfassendes Versorgungs- und Teilhabemanagement auch aus einer Leistung der medizinischen Rehabilitation heraus, geltend für alle Rehabilitationsträger durch Konkretisierung als Leistungsbestandteil im SGB IX.
 9. Sicherstellung eines umfassenden, trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens vor einer Leistung zur Teilhabe, ggf. aber auch während einer medizinischen oder beruflichen Rehabilitation für den nachfolgenden Zeitraum.
 10. Ausbau der Phase E entsprechend den Vorschlägen der DVfR durch Klarstellungen z. B. in § 19 SGB IX.
 11. Bereitstellung einer bedarfsgerechten Assistenz in der medizinischen Rehabilitation analog zur Regelung für Patienten mit Arbeitgebermodell (Erweiterung des § 11 Abs. 3 SGB V oder besser übergreifend für alle Rehabilitationsträger im SGB IX).
 12. Verbesserte Information zu Rehabilitationsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen, Transparenz der Rehabilitationseinrichtungen über ihr Leistungsangebot (einschließlich Barrierefreiheit) für Menschen mit Behinderungen.
 13. Flächendeckendes Angebot von Mobiler Rehabilitation sowohl für geriatrische Patienten als auch für Menschen mit Behinderungen, z. B. mit Sinnesbehinderungen, geistiger Behinderung, chronischen Erkrankungen mit relevanter Einschränkung der Mobilität und ggf. Selbstversorgung und neurologischen Beeinträchtigungen einschließlich erworbener

Hirnschädigungen (Änderung des § 40 SGB V Abs. 1 oder besser für alle Rehabilitationsträger im SGB IX).

14. Barrierefreie Gestaltung des Antragsverfahrens.
15. Uneingeschränkter Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Beschäftigte in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Dabei Anerkennung der Erhaltung des Leistungsniveaus und Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit für Beschäftigte einer WfbM als Rehabilitationsbegründung auch im Rahmen der medizinischen Rehabilitation der Krankenversicherung. Innerhalb des Ausschusses wird mehrheitlich die Auffassung vertreten, dass auch die Rentenversicherung möglicher Kostenträger sein sollte, da WfbM-Beschäftigte Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichten.
16. Verbesserung der Orientierung innerhalb der medizinischen Rehabilitation an der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft. Erhaltung und bedarfsgerechter Ausbau von Einrichtungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation mit dem Ziel, zumindest mittelfristig eine volle berufliche Qualifikation und damit eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt oder zumindest eine Beschäftigungsfähigkeit zu erreichen oder vorzubereiten. Eine verstärkte Orientierung der medizinischen Rehabilitation an der sozialen Teilhabe und der Inklusion sollte auch zur Verminderung des Bezugs von Sozialleistungen beitragen (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX).
17. Verbesserung des Schnittstellenmanagements im Hinblick auf qualifizierte berufliche Rehabilitation. Erhalt und ggf. bedarfsgerechter Ausbau von Einrichtungen und Diensten zur qualifizierten beruflichen Rehabilitation, die je nach Bedarf auch eine umfangreiche medizinische Versorgung gewährleisten können, z. B. nach Schädigungen des Nervensystems.
18. Verbesserung der Einbeziehung pflegender Angehöriger bzw. von Bezugspersonen in die medizinische Rehabilitation.
19. Optimierung medizinischer Rehabilitationsleistungen für Menschen mit Behinderungen durch vor- und nachstationäre Leistungen, z. B. ambulante Vorstellungen, Hospitationstage und Einbeziehung vor- und nachbehandelnder Dienste und Einrichtungen, ggf. auch der (bisherigen) Eingliederungshilfe.
20. Einbezug der Hilfsmittelversorgung in die medizinische Rehabilitation zur Indikationsklärung, Erprobung und Evaluation, um eine funktionsgerechte Versorgung am Wohnort zu unterstützen.

C. Einige Vorschläge zu gesetzlichen Regelungen

1. Klarstellung zu § 40 Abs. 1 SGB V

Da die Formulierung in § 40 Abs. 1 SGB V: „Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt...“ häufig unzutreffenderweise so ausgelegt wird, dass der Nachweis dafür durch vorher stattgefundenene Behandlungsmaßnahmen erbracht sein müsse, sollte klar herausgestellt werden, dass die Möglichkeit einer medizinischen Rehabilitation nicht daran gebunden ist,

dass der Nachweis eines Nichtausreichens ambulanter Krankenbehandlung durch vorherige Behandlungsversuche erbracht wurde. Entweder es besteht ein Bedarf oder nicht. Dieser ist nach den Regeln des SGB IX festzustellen. Durch die vorhandene Regelung kommt es häufig zu Verzögerungen oder auch zu ungerechtfertigten Ablehnungen. Wichtige Zeiträume für eine Rehabilitation verstreichen so ungenutzt. Entsprechendes gilt auch für die Bewilligung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Rentenversicherung.

2. Änderung / Klarstellung im SGB IX

Es sollte im SGB IX klargestellt werden, dass alle Leistungen nach § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX sowohl ambulant, mobil als auch stationär erbracht werden können. Maßgeblich sollte die bessere Eignung im Einzelfall bzw. das Wunsch- und Wahlrecht sein. Dies sollte für alle Rehabilitationsträger gelten. Dabei ist ferner darauf zu achten, dass auch im Geltungsbereich des SGB V § 26 Abs. 3 SGB IX umgesetzt wird.

3. Ergänzung des SGB IX bzw. Klarstellung bzgl. einzelner Leistungen

- a. „Individuelles Teilhabemanagement“ sollte als Leistung in das SGB IX aufgenommen werden. Dadurch soll klargestellt werden, dass die Rehabilitationsträger, die dieses nicht selbst sicherstellen wollen oder können (z. B. im Rahmen der Servicestellen), für eine solche, ggf. extern zu erbringende Leistung eine klare leistungsrechtliche Grundlage erhalten, und dass die Rehabilitanden ein Recht auf ein individuelles Fallmanagement erhalten, wenn es erforderlich ist, um die Ziele der Rehabilitation zu erreichen.
- b. „Individuelle Nachsorgeleistungen bei Fortbestehen alltagsrelevanter Beeinträchtigungen“ sollten ausdrücklich als Leistung in das SGB IX aufgenommen werden (zu den konkreten Leistungen vgl. § 26 Abs. 3 SGB IX).
- c. „Vor- und nachstationäre Leistungen, insbesondere zur Optimierung der Indikationsstellung, der Allokation und der Rehabilitationsplanung, ggf. auch im Sinne eines Beitrages zur Bedarfsfeststellung sowie zur Sicherung des Behandlungserfolges und zur Unterstützung der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft“ sollten als Leistungen ausdrücklich in das SGB IX aufgenommen werden.
- d. „Beratung und Anleitung von Partnern, Angehörigen und anderen Bezugspersonen, ggf. auch fortlaufend, sowie von Vorgesetzten und Kollegen“ sollte ausdrücklich als Leistung klarstellend in das SGB IX aufgenommen werden.

4. Klarstellung zur Barrierefreiheit im SGB IX

Das Erfordernis von Barrierefreiheit aller Leistungen zur Teilhabe ist ausdrücklich im SGB IX klarzustellen, z. B. in § 21. Dabei sind insbesondere die Bedarfe von Menschen mit schwerwiegenden Teilhabebeeinträchtigungen und ihrer Bezugspersonen zu beachten.

5. Ergänzung des SGB IX bzw. Klarstellung

- a. Leistungen nach § 26 Abs. 2 Nr. 4 bis 7, nach § 26 Abs. 3 SGB IX sowie entsprechend der o. g. Vorschläge Nr. 3 a. bis d. zur Ergänzung / Klarstellung des SGB IX sollten nicht nur stationär oder ambulant als Komplexleistungen, sondern auf der Grundlage einer Be-

darfsermittlung auch als Einzelleistung der medizinischen Rehabilitation durch alle Rehabilitationsträger erbracht werden können. Näheres dazu ist vertraglich z. B. nach § 21 SGB IX zu vereinbaren. Sichergestellt werden sollte auch, dass einzelne Leistungen sowohl parallel zur vertragsärztlichen Versorgung als auch als zusätzliche Module zu stationären oder ambulanten oder mobilen Rehabilitationsleistungen oder zu stationären Krankenhausleistungen erbracht werden können.

- b. Es sollte ausdrücklich klargestellt werden, dass alle Leistungen der medizinischen Rehabilitation auch als Persönliches Budget erbracht werden können.

III. Einzelne rehabilitationsmedizinische Leistungen als Bestandteil von komplexen Leistungen zur Teilhabe oder als regional verfügbares Leistungsangebot in verschiedenen Settings

A. Einzelne rehabilitationsmedizinische Leistungen als Komplexleistungen

Einzelne Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 26 SGB IX, die sich auf die Teilhabe beziehen – insbesondere die nach § 26 Abs. 3 SGB IX; vgl. auch Art. 26 Abs. 1 a) der UN-BRK – können aber auch Bestandteil anderer, nichtmedizinischer Leistungen zur Rehabilitation, d. h. zur Förderung der Teilhabe, sein. Zurzeit werden rehabilitationsmedizinische Leistungen als Bestandteil verschiedener Leistungen, vor allem im stationären Setting (z. B. Wohnen, Berufsbildungswerk etc.) oder im Rahmen der WfbM, im Sinne einer Komplexleistung erbracht. Im Zuge der Ambulantisierung und Dezentralisierung sowie der Umstellung auf Fachleistungsstunden als Vergütungsgrundlage im Rahmen der (bisherigen) Eingliederungshilfe werden diese Komplexleistungen jedoch immer mehr abgebaut. Auch deshalb muss man sich der vorhandenen leistungsrechtlichen Grundlagen dafür vergewissern und sie entsprechend umsetzen sowie auch gesetzliche Klarstellungen oder Erweiterungen vornehmen.

Solche rehabilitationsmedizinischen Leistungen können nur von geeigneten und besonders qualifizierten medizinischen Fachkräften (Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Fachkräfte der Blinden- und Sehbehindertenrehabilitation und Pflegekräfte) erbracht werden, wenn bei dem Betroffenen dafür ein Bedarf besteht (ggf. in einem Bedarfsfeststellungsverfahren zu ermitteln), diese für die Erfüllung der Aufgaben der Teilhabeförderung nach § 4 SGB IX notwendig sind und der Leistungserbringer diese mit dem zuständigen Sozialleistungsträger als Bestandteil einer komplexen Leistung zur Förderung der Teilhabe vereinbart hat (§ 21 SGB IX).

Gemeinsames Merkmal solcher rehabilitationsmedizinischen Leistungen ist, dass sie im Regelfall nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind (Ausnahmen z. B. Leistungen nach § 43a SGB V oder § 119 SGB V, bzgl. der Behandlungspflege in stationären Wohnformen s. § 43 a SGB XI). Dies schließt nicht aus, dass sie in Kombination mit kurativen Leistungen aus der vertragsärztlichen Versorgung kombiniert bereitgestellt werden.

B. Rehabilitationsmedizinische Leistungen

Solche **rehabilitationsmedizinischen Leistungen** können insbesondere sein:

- fachgerechtes Assessment der Beeinträchtigungen, der Kontextfaktoren und der aus deren Wechselwirkung resultierenden Behinderung unter Zugrundelegung der ICF, insbesondere auch unter dem Aspekt ihrer Veränderbarkeit durch medizinische Maßnahmen
- Information und Beratung des Betroffenen, seiner Angehörigen und der von ihm benannten Bezugspersonen im Hinblick auf Bewältigung, Prognose und Unterstützungsbedarfe
- aufdeckende und die Teilhabe berücksichtigende Gesundheitsuntersuchung in regelmäßigen, bedarfsgerechten Abständen, insbesondere an biographischen Wendepunkten (z. B. Übergang von der Schule in eine Beschäftigung, Wechsel der Wohnform) und insbesondere zur Gesundheitsförderung im weiten Sinne
- Bedarfsermittlung für therapeutische und rehabilitative Leistungen zur Teilhabeförderung einschließlich Erarbeitung von Teilhabezielen
- konzeptionelle Erarbeitung, Empfehlung und Koordination (ggf. in Kombination mit vertragsärztlicher Versorgung), auch Einleitung und Durchführung solcher Leistungen, die auf der Grundlage einer realistischen Prognose Beeinträchtigungen verringern und Teilhabe und Inklusion verbessern können. Besondere Bedarfe bestehen erfahrungsgemäß im Hinblick auf Unterstützte Kommunikation, Hilfsmittelversorgung und assistive Technologien sowie auf die Umsetzung des Persönlichen Budgets mittels persönlicher Assistenz, ggf. als Fallmanagement
- Koordination aller medizinischen Maßnahmen und Gewährleistung ihrer Ausrichtung auf die Teilhabe und Vermeidung einer dadurch bedingten Beeinträchtigung in der Lebenswelt (Familie, Wohnen, Schule, Beruf) auch beim Fallmanagement
- kompetente Ausübung der Gatekeeper-Funktion für das Gesundheits- und Sozialwesen (z. B. durch Verordnungen, Bescheinigungen)
- sozialmedizinische Beurteilung, soweit sie für die Erstellung eines Teilhabeplanes erforderlich ist, einschließlich Feststellung der Beeinträchtigungen und ihrer Veränderbarkeit unter Nutzung medizinischen Wissens
- Begleitung und Unterstützung durch beratende und therapeutische Gespräche
- Unterstützung bei der Begründung von Anträgen an die Leistungsträger
- Ggf. Übernahme der Anordnungsverantwortung für behandlungspflegerische Leistungen und Erarbeitung eines Behandlungspflegeplanes
- Mitwirkung an der Teilhabeplanung, u. U. auch bei der Erstellung des Teilhabeplanes, insbesondere auf Wunsch des Betroffenen
- Beratung und Supervision für Assistenten, Mitarbeiter von Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Pflege als Leistung im Rahmen der genannten Settings

- Beratung und Unterstützung anderer Einrichtungen der Krankenversorgung (Vertragsärzte, Krankenhäuser etc.) bei der Versorgung behinderter Menschen auf deren Nachfrage als Leistung im Rahmen der genannten Settings

Die vorstehend beschriebenen rehabilitationsmedizinischen Leistungen gehen weit über die im SGB V zu gewährleistenden und dort verankerten Leistungen der Krankenbehandlung, die sich z. B. im Gesamtvertrag Ärzte-Krankenkassen, im EBM oder in Leistungsvereinbarungen niederschlagen, hinaus. Sie sind direkt mit den Leistungen der Teilhabeförderung im Sinne einer komplexen Maßnahme verknüpft und sind oft deren wesentliche Voraussetzung. Sie sind deshalb im Rahmen dieser Maßnahme bereitzustellen und zu finanzieren. Kurative Elemente sind ggf. abzugrenzen und im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen, ggf. durch denselben Leistungserbringer, sofern dieser über die notwendige Qualifikation verfügt.

In der Regel hat nur ein bestimmter Kreis von Personen einen Bedarf an solchen rehabilitationsmedizinischen Leistungen, und zwar der Personenkreis, der behindert oder von Behinderung bedroht ist, dabei einen komplexen, auch medizinisch-gesundheitsbezogenen Unterstützungsbedarf aufweist und für den eine Teilhabeplanung, sei sie trägerbezogen oder trägerübergreifend, erforderlich ist, in der der Bedarf an solchen Leistungen festgestellt werden kann.

Dabei ist zu beachten, dass Bedarfe an rehabilitationsmedizinischen Leistungen oft nur vorübergehend und nicht planbar auftreten, so dass dafür zu sorgen ist, dass sie bei Bedarf zur Verfügung stehen (Vorhaltung einer geeigneten Infrastruktur).

C. Rehabilitationsmedizin in speziellen Settings

Ein Angebot an solchen **rehabilitationsmedizinischen Leistungen** (s. o. der Katalog an möglichen Leistungen) ist insbesondere in folgenden **Settings** vorzuhalten und in den Verträgen nach § 21 SGB IX zu berücksichtigen; dabei sollten diese Leistungen im Rahmen der Hauptleistung erbracht werden können, und zwar von eigenem Personal oder von anerkannten rehabilitationsmedizinischen Leistungserbringern, die regional zur Verfügung stehen und für die ein Vertrag nach § 21 SGB IX besteht:

- a. Leistungen der beruflichen Bildung – z. B. in Berufsbildungswerken (BBW) und Berufsförderungswerken (BFW) –, der beruflichen Bildung und Beschäftigung in der WfbM sowie andere Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben können einzelne rehabilitationsmedizinische Leistungen von Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften als Bestandteil der Gesamtleistung enthalten. Diese können von sogenannten begleitenden Diensten erbracht werden. Art und Umfang der bereitzustellenden Leistungen hängen vom Personenkreis ab.
- b. Ermöglichung von Übergangs- und Intensivmaßnahmen in Einrichtungen der (bisherigen) Eingliederungshilfe (einschließlich rehabilitationsmedizinischer Leistungen und als verlängerte Rehabilitation bzw. Langzeitrehabilitation im Sinne der Phase E und als Nachsorge in der bisherigen Eingliederungshilfe z. B. in Heimen, Tagesförderstätten, Werkstätten für behinderte Menschen). Solche Leistungen haben das Ziel, für einen begrenzten Zeitraum soziale und medizinische Teilhabeleistungen aus einer Hand für eine Per-

sonengruppe bereitzustellen, die nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation für einen Zeitraum von wenigen Monaten bis zu ca. zwei Jahren noch einen umfassenden Unterstützungs- und Behandlungsbedarf hat. Diese Übergangsmaßnahmen haben das Ziel, im Sinne der Phase E die optimale Form der sozialen und ggf. auch beruflichen Teilhabe zu erreichen – z. B. das eigenständige Wohnen trotz schwerer Beeinträchtigungen, die Beschäftigungsfähigkeit in der Werkstatt für behinderte Menschen oder sogar auf dem 1. Arbeitsmarkt etc. Damit dies gelingen kann, ist eine ausreichende rehabilitationsmedizinische Kompetenz innerhalb der Einrichtungen Voraussetzung.

- c. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft können einzelne rehabilitationsmedizinische Leistungen von Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften als Bestandteil der Gesamtleistung enthalten und von sogenannten begleitenden Diensten im Rahmen des Wohnens (ambulant, ggf. ambulant betreut, stationär oder teilstationär), der Tagesförderung und von Leistungen zur Tagesstrukturierung erbracht werden, sofern deren Mitarbeiter dafür die entsprechende Qualifikation aufweisen.
- d. Maßnahmen der schulischen Rehabilitation z. B. in Förderschulen können einzelne rehabilitationsmedizinische Leistungen von therapeutischen Fachkräften sowie einzelne rehabilitationsmedizinische ärztliche Leistungen im Rahmen der Gesamtmaßnahme enthalten. Diese werden im Rahmen des Unterrichts erbracht. Eine entsprechende Möglichkeit ist auch für behinderte Kinder und Jugendliche in Regelschulen vorzusehen.
- e. Maßnahmen der vorschulischen Förderung z. B. in Kindertagesstätten können einzelne rehabilitationsmedizinische Leistungen von therapeutischen Fachkräften sowie einzelne rehabilitationsmedizinische ärztliche Leistungen als Bestandteil der Gesamtmaßnahme enthalten. Sie werden dort im Rahmen der Einrichtung erbracht. Eine entsprechende Möglichkeit ist insbesondere auch für behinderte Kinder und Jugendliche in Regelkindertagesstätten vorzusehen. Dabei sind die Angebote der interdisziplinären Frühförderung durch interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) einzubeziehen.
- f. Für Menschen mit Behinderungen, die keine der genannten Leistungen in Anspruch nehmen und in ihrer Teilhabe in erheblichem Umfang beeinträchtigt sind, soll die Möglichkeit vorhanden sein, bei Bedarf auf die regional zur Verfügung zu stellenden rehabilitationsmedizinischen Leistungen zurückzugreifen.

Zum Teil waren solche Leistungen bisher möglich und vorgesehen – jedoch werden die Leistungen in den Settings a, c, d und e vermehrt in Frage gestellt bzw. waren bisher in den Settings b und f gar nicht verfügbar. Dies führt dazu, dass wichtige Chancen der Rehabilitation in diesen Settings nicht ausreichend genutzt werden können und so das grundsätzlich mögliche Maß an selbstbestimmter Teilhabe nicht erreicht wird. Nicht selten scheitern Maßnahmen der beruflichen, sozialen oder schulischen Rehabilitation. Das drückt sich dann in vermehrtem Unterstützungsbedarf aus.

D. Regelungsvorschläge der DVfR)

- 1. Sicherstellung, dass bei den Einrichtungen und Diensten der schulischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation ein interdisziplinäres Team aus Fachleuten bedarfsgerecht

zur Verfügung steht. Dazu sollten grundsätzlich auch medizinisch-therapeutische Fachdienste gehören können (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ärzte; vgl. dazu § 19 SGB IX). Dazu ist die Einbeziehung in die Leistungsvereinbarungen z. B. im Sinne von Fachdiensten erforderlich.

2. Die im SGB IX verankerte und ggf. dort klarzustellende Möglichkeit der komplexen multidisziplinären Leistungsgestaltung ist auch bei den Leistungen der (bisherigen) Eingliederungshilfe umfassend umzusetzen, unbeschadet einer möglichen Kostenteilung bei der Beteiligung mehrerer Sozialleistungsträger (praktische Umsetzung des § 12 SGB IX).
3. Sicherstellung, dass die Leistungen nach § 26 SGB IX einschließlich der Leistungen, die in den DVfR-Vorschlägen genannt sind (s. o.), insbesondere auch der genannten rehabilitationsmedizinischen Leistungen, Bestandteil der Leistungen in den verschiedenen Settings a.–f. (s. o.) sein können.

IV. Teilhabeorientierung in der Krankenbehandlung

Nach § 27 SGB IX sind grundsätzlich in der Krankenbehandlung die rehabilitativen Ziele des § 26 Abs. 1 SGB IX zu beachten. Damit dies umgesetzt wird, sollte diesbezüglich eine Klärung erfolgen. Insbesondere kommt dazu in Betracht:

1. § 2a SGB V ist zu konkretisieren, indem die Vorschrift des § 27 SGB IX ausdrücklich in das SGB V aufgenommen wird.
2. Sicherstellung, dass spezielle Behandlungsverfahren, die für Menschen mit Behinderungen für eine Verminderung der Beeinträchtigungen von Relevanz sind, im Regelsystem hinreichend angeboten werden (z. B. Behandlung mit Botulinumtoxin, redressierende Gipsbehandlungen, spezialisierte postoperative Nachsorge).
3. Barrierefreiheit aller kurativen Angebote.
4. Einführung von Medizinischen Behandlungszentren für erwachsene Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (neuer § 119c SGB V einschließlich Folgeänderungen in § 120 und § 43b [neu] SGB V). Die hierzu im GKV-VSG getroffenen Regelungen tragen dem bereits hinreichend Rechnung.

V. Weitere offene Fragen im Hinblick auf die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation

Über die in den vorigen Kapiteln dargestellten Problemstellungen und Lösungsvorschläge hinaus sieht die DVfR Diskussionsbedarf im Hinblick auf weitere Fragestellungen, z. B.:

1. Unterversorgung im Bereich der ambulanten und stationären Rehabilitation bei
 - a. psychisch kranken Menschen (ambulant und stationär, letzteres bisher nur RPK),
 - b. der ambulanten psychosomatischen Rehabilitation,

- c. der stationären psychosomatischen Rehabilitation (Platzzahl, Wartezeiten, fehlende Wohnortnähe).
 - d. Häufiger Verweis auf ambulante Akutpsychiatrie bzw. auf psychosomatische stationäre Rehabilitation anstelle indikationsspezifischer Rehabilitation mit bedarfsgerechter Verhaltensmedizin.
2. In einigen Bundesländern (z. B. Nordrhein-Westfalen) rehabilitative Unterversorgung im Bereich Schlaganfall
- a. Verweis auf ambulante Akutbehandlung,
 - b. geriatrische Reha zum Teil in Krankenhäusern ohne neurologische Kompetenz statt bedarfsgerechter indikationsspezifischer Reha in neurologischen Reha-Kliniken.
3. Einbezug der medizinischen Rehabilitation beim Vollzug des regionalen Sicherstellungsauftrags durch die Rehabilitationsträger (§ 19 SGB IX, Art. 26 BRK), ggf. durch gesetzliche Stärkung dieser Verantwortung und Pflichten.

Das Thema „medizinische Rehabilitation“ wird an anderer Stelle noch intensiver in der DVfR diskutiert; eine Vertiefung würde an dieser Stelle zu weit führen.

D. Arbeitsergebnisse zum Themenfeld Soziale Teilhabe

1. Soziale Teilhabe

Die DVfR setzt sich im Zuge der Reform der Eingliederungshilfe dafür ein, dass der Träger der Leistungen zur sozialen Teilhabe alle Leistungen zur Teilhabe nach Gegenstand, Umfang, Ausführung und Qualität in der gleichen Weise und auf der gleichen rechtlichen Grundlage erbringt wie die übrigen Rehabilitationsträger. Das heißt, dass der Träger der sozialen Leistungen vollumfänglich habilitative und rehabilitative Aufgaben in seinem Leistungsbereich übernimmt.

Leitend dabei sollte der Behinderungsbegriff sein, wie ihn die DVfR in die Diskussion zum Personenkreis eingebracht hat (vgl. Kapitel A):

„Die Definition von Behinderung im SGB IX, hier § 2, ist der UN-BRK anzupassen. Demnach sollen als behindert im Sinne des SGB IX solche Menschen gelten, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“

Die Leistungen zur sozialen Teilhabe sollen im SGB IX geregelt werden.

Für die Bereitstellung aller legitimierten Unterstützungsleistungen sollten aus Sicht der DVfR generell folgende Grundsätze gelten:

1. Das Prinzip der selbstbestimmten Teilhabe: Die Ausführung aller Leistungen zur Ermöglichung und Förderung der sozialen Teilhabe sollte soweit irgend möglich vom Leistungsberechtigten selbst bestimmt werden, d. h. unter Nutzung seiner Kompetenzen bzgl. Personal, Anleitung, Finanzen, Organisation und Ort der Leistungserbringung bzw. Lebensort. Dies setzt eine entsprechende Vielfalt und Organisation der Unterstützungsangebote und deren regionale Vorhaltung und Verfügbarkeit voraus.
2. Teilhabeleistungen sind mit der erforderlichen Qualität bereitzustellen. Für die Sicherstellung der Angebote sollen die Bundesländer die letztliche Verantwortung tragen, vgl. im Übrigen § 19 SGB IX. Dabei ist sicherzustellen, dass alle Träger der Rehabilitation ihre Leistungen grundsätzlich regional verfügbar machen und die regionalen Dienste und Einrichtungen alle notwendigen Leistungen für alle relevanten Bedarfe abdecken können, so z. B. den Bedarf nach eigenständiger Mobilität, technischer Umfeldsteuerung (z. B. bei der Bedienung von elektrischen Geräten, der elektrischen Bettverstellung etc.), Kommunikation einschließlich Unterstützter Kommunikation, Rehabilitationspflege, Förderung im Bereich der persönlichen Selbstversorgung usw. Im Interesse kleinerer Behinderungsgruppen, z. B. aus dem Kreis sinnesbehinderter Menschen oder von Menschen mit seltenen chronischen Erkrankungen, müssen auch überregionale, spezialisierte Angebote zur Verfügung stehen und in Anspruch genommen werden können. Als Grundlage für die Ermittlung der Teilhabebeeinträchtigung und der vorzuhaltenden Leistungsangebote soll die ICF mit ihrem biopsychosozialen Modell dienen.

3. Komplexleistungen sollten durch ein Fallmanagement gesteuert werden, so dass eine effiziente Leistungserbringung sichergestellt wird. Dadurch wird auch die Abstimmung und Koordination der interdisziplinär arbeitenden Fachkräfte – z. B. persönliche Assistenten, (sozial- und heil-)pädagogische, pflegerische und therapeutische Experten, Hilfsmittelexperten, Rehabilitationsfachkräfte (auch für blinde und sehbehinderte Menschen), in besonderen Fällen auch Psychologen, Ärzte u. a. – mit dem Betroffenen und untereinander erreicht.
4. Je komplexer die gesundheitlichen Beeinträchtigungen, je relevanter bestehende Krankheiten und je stärker die Beeinträchtigungen der körperlichen, Sinnes-, geistigen oder psychischen Funktionen sind, je mehr Barrieren also bestehen und je ungünstiger die Kontextfaktoren im Einzelfall wirken, desto umfassender und komplexer ist der Unterstützungsbedarf im Bereich der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Die DVfR spricht sich dafür aus, Unterstützungsleistungen verstärkt in Form der persönlichen Assistenz oder zumindest am Prinzip der Assistenz orientiert anzubieten, so dass die selbstbestimmte Gestaltung der Leistungserbringung durch die Leistungsberechtigten möglich ist. Dies soll in erster Linie in Form des Persönlichen Budgets erfolgen. Leistungen der persönlichen Assistenz sind unabdingbar für die Unterstützung der (sozialen) Teilhabe, sollten jedoch bedarfsgerecht durch weitere Leistungen ergänzt werden können. Neben den erforderlichen Assistenzleistungen sind die notwendigen pädagogischen und sonstigen therapeutischen oder fachlichen Leistungen bei der zielorientierten Bedarfsermittlung zu erfassen, festzustellen und zu bewilligen, insbesondere wenn dadurch die Möglichkeiten der Teilhabe, ggf. in langfristiger Perspektive, verbessert werden können. Im Rahmen des individuellen Bedarfsfeststellungsverfahrens ist differenziert zu eruieren, welche Leistungen aus fachlicher Sicht notwendig sind.

2. Leistungen zur Teilhabe und Anrechnung von Einkommen und Vermögen

Die Anrechnung von Einkommen und Vermögen bei der Finanzierung von Leistungen zur Teilhabe – einschließlich Assistenzleistungen, aber nicht bei den Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes –, soweit sie nicht durch § 92 SGB XII ohnehin ausgeschlossen ist, kann eine erhebliche Barriere für die Inanspruchnahme von Leistungen darstellen. Es muss deshalb Ziel sein, diese Barriere zu beseitigen. Hier ist auch an alle Personen zu denken, die ihre Behinderung bzw. die Beeinträchtigung, die zur Behinderung führt, erst im Laufe ihres (Erwachsenen-)Lebens erworben haben.

In diesem Zusammenhang ist auch § 43a SGB XI zu beseitigen oder anderweitig sicherzustellen, dass die Leistungen der Pflegeversicherung in vollem Umfang auch denjenigen, die in tagessatzfinanzierten Wohnformen der bisherigen Eingliederungshilfe leben, zur Verfügung gestellt werden. Denn die eingeschränkte Leistung aus der Pflegeversicherung führt derzeit dazu, dass Familien von Menschen mit Behinderungen, insbesondere auch ihre Partner und Kinder, benachteiligt und zusätzlich belastet werden. Dies gilt in besonderem Maße für Menschen mit erworbenen Behinderungen, bei denen alle in der Familie gemeinsam erworbenen Versorgungsansprüche und Vermögenswerte zur Kostendeckung herangezogen werden. Es ist aus Sicht der DVfR in der Diskussion zu bedenken, dass dadurch Chancen für die anderen Familienmitglieder, soweit diese an Einkommen und Vermögen

gebunden sind, verloren gehen, wenn Vermögen zur Deckung der Teilhabeleistung eingebracht werden muss.

Innerhalb der DVfR wird deshalb der Einsatz von Einkommen und Vermögen bei der Beanspruchung erforderlicher Leistungen zur Teilhabe – einschließlich der Assistenzleistungen – als besondere Belastung und unzumutbare Härte auf dem Weg zu einem selbstbestimmten Leben angesehen. Zu berücksichtigen sind hierbei auch bestehende Bestimmungen außerhalb der Eingliederungshilfe, insbesondere § 72 SGB XII.

3. Persönliches Budget als mögliche Leistungsform der Leistungen zur Teilhabe

Die Finanzierung von Leistungen zur Teilhabe durch eine Geldleistung kann aus Sicht der DVfR sinnvoll (nur) in der Leistungsform eines (ggf. trägerübergreifenden) Persönlichen Budgets erfolgen. Der Bewilligung eines Persönlichen Budgets geht immer eine individuelle Bedarfsermittlung und -feststellung voraus.

Schon in ihren Zwischenergebnissen zum Thema „Personenkreis“ hat die DVfR festgestellt, dass *„...durch die Bindung an ein Bedarfsfeststellungsverfahren sichergestellt ist, dass der Bedarf individuell, umfassend und funktionsbezogen unter Einbeziehung der individuell relevanten Kontextfaktoren ICF-basiert ermittelt und festgestellt wird. Damit wird vermieden, dass Leistungen bereits durch das Vorliegen abstrakter Behinderungsmerkmale einer Person, die sich lediglich auf die Beeinträchtigungen von Strukturen und Funktionen beziehen, ausgelöst werden, ohne dass eine Behinderung der Teilhabe in relevanten Lebensbereichen vorliegt“* (vgl. Kapitel A).

Insofern unterstützt die DVfR eine Diskussion, die zu einer Ausweitung der Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets – auch des Budgets für Arbeit – führen kann.

4. Einführung Bundesteilhabegeld

Zu dieser Thematik wird auf die Grundposition der DVfR zum Bundesteilhabegesetz verwiesen: Ergänzend zu den individuell erforderlichen und erfassbaren Teilhabeleistungen ist als Ausgleich für behinderungsbedingten Mehrbedarf eine pauschalierte Geldleistung vorzusehen. Diese Geldleistung soll das Selbstbestimmungsrecht und die Autonomie stärken. Sie dient nicht dem Einkommensersatz und darf daher weder als Einkommen oder Vermögen bei der Bemessung anderer Sozialleistungen noch im übrigen Rechtssystem als einzusetzendes Einkommen und Vermögen berücksichtigt werden. Zu berücksichtigen sind bestehende Bestimmungen außerhalb der Eingliederungshilfe wie § 72 SGB XII.

E. Arbeitsergebnisse zum Themenfeld Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe: Schnittstellen zwischen SGB V, IX, XI und XII

In den nachfolgenden Ausführungen wird Bezug genommen auf folgende Aspekte:

- I. Grundsätzliche Überlegungen**
- II. Pflege und Rehabilitation**
- III. Pflege und Eingliederungshilfe**
- IV. Behandlungspflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe**
- V. Hilfsmittel**

I. Grundsätzliche Überlegungen

Die DVfR lässt sich zur Bewertung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe im Hinblick auf Schnittstellen zwischen SGB V, IX, XI und XII von folgenden Grundsätzen leiten:

Nach Artikel 25 UN-BRK im Hinblick auf das Verhältnis von SGB V, IX, XI und XII gilt (Hervorhebungen im Folgenden durch Verfasser):

„Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Insbesondere

a) stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche **Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen...**

b) bieten die Vertragsstaaten **die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden**, soweit angebracht, einschließlich Früherkennung und Frühintervention, sowie **Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen;**

...

e) **verbieten die Vertragsstaaten die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung...**“

Und nach Artikel 26 UN-BRK gilt (Hervorhebungen durch Verfasser):

„(1) **Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen (...) 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 Le-**

bens 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 multidisziplinären 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.

...

(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.**“

Ferner stellt das SGB IX schon jetzt ein einheitliches Recht für alle Rehabilitationsträger dar, das die Ansprüche und Leistungen aller Menschen mit Behinderungen trägerübergreifend und unabhängig von einer Wohnform regelt.

Daraus ist abzuleiten, dass Menschen mit Behinderungen, die Beitragszahler für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Soziale Pflegeversicherung (SPV) sind bzw. dort regelhaft (mit)versichert sind, dieselben Leistungsansprüche haben sollten wie Menschen ohne Behinderungen. Dieser Anspruch ist zudem unabhängig davon, wo sie wohnen und in welcher Angebotsform sie betreut werden.

Dazu ist daran zu erinnern, dass die Sonderregelungen der Übernahme von Leistungen der Krankenversorgung durch die Sozialhilfe bzw. (bisherige) Eingliederungshilfe aus der Zeit vor 1989, dem Jahr des Gesundheitsreformgesetzes, stammen. Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen war nämlich bis Ende der 1980er Jahre dadurch gekennzeichnet, dass viele dieser Menschen in Einrichtungen, d. h. in Behindertenheimen lebten. Dort war für die gesundheitliche Versorgung nicht die gesetzliche Krankenversicherung, sondern der für die Heimkosten zuständige Leistungsträger – etwa der Sozialhilfeträger – zuständig. Hier galt die sogenannte Ruhensvorschrift nach § 216 Abs. 1 Nr. 4 Reichsversicherungsordnung. Dies hatte zur Folge, dass die Gesundheitsversorgung häufig von Mitarbeitenden dieser Einrichtungen (ärztliche und therapeutische Dienste) oder externen Beauftragten übernommen und somit von der Sozialhilfe finanziert wurde. Ferner lebten bis in die 1970er Jahre Menschen mit geistiger Behinderung auch in psychiatrischen Langzeitkrankenhäusern.

Erst nach Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes am 1.1.1989 wurde die gesundheitliche Versorgung – von wenigen Ausnahmen nichtversicherter Personen abgesehen – teilweise aus der Finanzverantwortung der Sozialhilfe herausgenommen, generell der GKV übertragen und somit Bestandteil der allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung. Weiterhin blieben jedoch einzelne Leistungsbereiche im Grunde systemwidrig bei der (bisherigen) Eingliederungshilfe, so z. B. die pflegerischen Leistungen, ein Teil der Hilfsmittelversorgung oder auch Leistungen, die der medizinischen Rehabilitation zuzurechnen sind.

Auch die Einführung der Pflegeversicherung tradierte diese (im Grunde systemwidrige) Trennung, indem sie die Behandlungspflege und einen Teil der Hilfsmittelversorgung sowie weitere pflegenaher Leistungen der SPV und nicht der GKV zuordnete. Dies hatte v. a. fiskalische Gründe. Man schuf lediglich einen kleinen finanziellen Ausgleich der Aufwendungen bei behinderten Menschen in Einrichtungen der (bisherigen) Eingliederungshilfe durch den § 43a SGB XI, ließ aber überwiegend die Leistungen der Pflege bei deren Träger.

Da die SPV nur eine „Teilkasko“-Versicherung darstellt und bei der Hilfe zur Pflege bzw. der bisherigen Eingliederungshilfe Einkommen und Vermögen anzurechnen sind, bedeutet dies aber, dass Betroffene, die in Einrichtungen leben, teilweise Leistungen mitbezahlen müssen, die sie zu Hause von der Pflege- oder Krankenkasse erhalten würden.

Diese Situation erscheint nun im Lichte der UN-BRK besonders problematisch. Heute ist zu fordern, dass alle Versicherten alle Leistungen der GKV und aller Rehabilitationsträger unabhängig von Wohnort und Wohnform erhalten können (auch umgekehrt darf nach Artikel 19 UN-BRK der Betreuungsbedarf die freie Wahl des Wohnortes und der Betreuungsform nicht einschränken). Insofern erübrigen sich besondere Regelungen zur Leistungserbringung nach SGB V und SGB XI im Rahmen der (bisherigen) Eingliederungshilfe. Dies gilt auch für Leistungen zur Pflege, zur Behandlungspflege und für Hilfsmittel.

II. Pflege und (Re-)Habilitation

Aus Sicht der DVfR ist (Re-)Habilitation in besonderem Maße geeignet und erforderlich, um ein erhöhtes Maß an Unabhängigkeit von Pflege, mehr Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit und eine größere Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, zu denen alle Menschen mit Pflegebedarf gehören, zu ermöglichen. Hierbei geht es sowohl darum, durch geeignete Rehabilitationsleistungen das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit zu vermindern, als auch ggf. darum, die Dauer der Pflegebedürftigkeit zu verringern.

Dies ist jedoch keine neue Forderung, sondern schon jetzt im SGB IX § 4 Abs. 1 Satz 2 festgelegt:

„Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung ... Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder **Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern ...**“

Es scheint aus heutiger Sicht also „nur“ erforderlich zu sein, diesen bestehenden Rechtsanspruch umzusetzen. Gleichwohl gibt es hier anerkannte Defizite. Diese liegen u. a.

- in der unzureichenden Erfassung des Rehabedarfes bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (vgl. dazu insbesondere die sog. Reha-XI-Studie im Auftrag des MDS, Rothgang et al. 2014),
- in den Kriterien bei der Beurteilung des Reha-Bedarfes, die den Zugang für Pflegebedürftige erschweren (vgl. Rehabilitationsrichtlinie nach § 92 SGB V),
- in unzureichendem Schnittstellenmanagement nach Krankenhausbehandlung,

- in den mancherorts unzureichenden Angeboten an für Pflegebedürftige oder geriatrische Patienten geeigneten stationären Reha-Plätzen,
- an den mangelnden Angeboten an Mobiler Rehabilitation,
- an unzureichender Verordnung von Rehabilitation sowie
- an mangelnder Bereitschaft von Betroffenen zur Inanspruchnahme.

Zudem ist die Pflegeversicherung nicht in die Bedarfsermittlung und die Teilhabeplangestaltung der Rehabilitationsträger nach SGB IX eingebunden.

Die DVfR schlägt deshalb vor (s. auch die gesonderte Stellungnahme zur medizinischen Rehabilitation):

1. die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs bei der Feststellung und der Überprüfung der Pflegebedürftigkeit zu verbessern,
2. die Kriterien für den Reha-Bedarf bei Pflegebedürftigen zu überarbeiten,
3. das Schnittstellenmanagement nach Krankenhausentlassung zu verbessern,
4. die Mobile Rehabilitation flächendeckend auszubauen,
5. ein flächendeckendes Angebot von Reha-Plätzen für pflegebedürftige bzw. geriatrische Patienten wohnortnah sicherzustellen,
6. die Pflegekassen in das Bedarfsfeststellungsverfahren, d. h. auch die Bedarfsermittlung und die Teilhabeplanung, im Rahmen des SGB IX verpflichtend mit einzubeziehen. Nur durch einen solchen integrativen Ansatz lässt sich sicherstellen, dass eine teilhabeorientierte Pflege als integraler Bestandteil eines Gesamtpaketes erbracht wird. Dazu ist es nicht erforderlich, dass die Pflegekassen selbst Rehabilitationsträger werden. Auch wenn die Pflegeversicherung nicht als Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX anerkannt ist, sollten doch Regelungen des SGB IX, die die Zusammenarbeit zwischen den Trägern der Leistungen regeln, ebenfalls für die Pflegeversicherung gelten.

III. Pflege und Leistungen zur Teilhabe (bisherige Eingliederungshilfe)

Im Zusammenhang mit der Entwicklung eines modernen Teilhaberechts ist die Pflege für viele Menschen mit Behinderungen ein wesentliches Thema. Zu Recht bestimmt § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI, dass die Eingliederungshilfe gegenüber der Pflege nicht nachrangig ist; an dieser Regelung muss festgehalten werden. Gleichwohl ist grundsätzlich auch die Pflege vermehrt teilhabeorientiert zu gestalten. Eine fachlich angemessene, am individuellen Bedarf ausgerichtete Pflege ist eine Grundlage, um Menschen mit Behinderungen Teilhabe möglichst umfassend zu ermöglichen.

Menschen mit Behinderungen sollten unabhängig von ihrem Wohnort und ihrer Betreuungsform in gleicher Weise an Leistungen der Sozialversicherungen teilhaben wie andere Menschen. Zurzeit ist dies für den Bereich der Pflege nicht in vollem Umfang der Fall. Die bisherige Eingliederungshilfe springt hier zumindest in Einrichtungen ein. Aber auch bei persönlichen Assistenzleistungen lassen sich oft Pflege und Assistenz nicht trennen. Die DVfR geht

davon aus, dass die Leistungen aus der Sozialen Pflegeversicherung immer dann gewährt werden sollten, wenn die Leistungsvoraussetzungen gegeben sind und ein individueller Bedarf besteht, unabhängig vom Wohnort und von der Wohnform. Deshalb fordert sie, dass § 43a SGB XI entfällt. Bewohner von Einrichtungen der (bisherigen) Eingliederungshilfe würden dann gleiche Leistungen wie im ambulanten Setting erhalten, d. h., die Leistungen sollten in jeder Lebenssituation unabhängig voneinander und nebeneinander in Anspruch genommen und durch entsprechende, in der Regel verschiedene Leistungserbringer erbracht werden können. So würden z. B. auch Menschen in bisherigen Eingliederungshilfeeinrichtungen Zugang zu ambulanten Sachleistungen nach SGB XI erhalten (1. Option).

Um dem berechtigten Wunsch der leistungsberechtigten Person nach Hilfen aus einer Hand im Sinne eines „integrierten Leistungssettings“ zu entsprechen, soll als 2. Option aber eine nahtlose, umfassende und integrierte Erbringung von Leistungen der (bisherigen) Eingliederungshilfe und der Pflege aus einer Hand und durch einen Leistungserbringer möglich bleiben. Dies kann für Menschen mit einem hohen und komplexen Unterstützungsbedarf und insbesondere in gemeinschaftlichen Wohnformen wichtig sein. Hier sollten Leistungen der (bisherigen) Eingliederungshilfe die vorrangige Leistung sein, in die die Leistungen der Pflege integriert werden. Dem Vorschlag des Forums behinderter Juristinnen und Juristen folgend sollte die Soziale Pflegeversicherung in diesen Fällen die Leistungen dem Träger der (bisherigen) Eingliederungshilfe in vollem Umfang erstatten. So sollen auch im Rahmen einer integrierten Leistungserbringung den Leistungsberechtigten die Leistungen des SGB XI nach den Pflegestufen/-graden zufließen. Dies wird derzeit durch die Regelung in § 43a SGB XI verhindert.

Dabei kann der Gesetzgeber regeln, ob für die Erstattung das Pflegegeld zugrunde gelegt wird – wenn die Pflegeleistungen nicht wie bei einem Pflegedienst oder einer Pflegeeinrichtung ausschließlich durch fachlich qualifiziertes Personal erbracht werden, sondern durch pädagogische Mitarbeiter oder Assistenzdienste ohne pflegerische Qualifikation – oder Pflegeleistungen.

In der Form des „integrierten Leistungssettings“ wäre das Interesse an umfassender Förderung der Teilhabe berücksichtigt, da die Teilhabeleistung vorrangig und die umfassendere Leistung ist. Zudem wird durch das neue Bedarfsfeststellungsverfahren sichergestellt, dass die Leistungen der Pflege bei der Teilhabeplanung angemessen berücksichtigt werden.

Mit dieser Regelung würden Kosten, die bislang der Eingliederungshilfe zugeordnet waren, zukünftig ohne zwangsläufige Erhöhung des Finanzbedarfes insgesamt der Pflegeversicherung zugeordnet. Will man eine Erhöhung der finanziellen Belastung der Beitragszahler vermeiden, könnte der damit in der (bisherigen) Eingliederungshilfe eingesparte Betrag im Wege der Umverteilung der SPV auf andere Weise zur Verfügung gestellt werden, z. B. in Form eines Bundeszuschusses.

In diesem Zusammenhang sollten sowohl § 55 Satz 2 SGB XII als auch der dritte Satz in § 13 SGB XII (sog. Mehrkostenvorbehalt) gestrichen werden, da beide nicht mit Artikel 19 der UN-BRK zu vereinbaren sind, nach dem Menschen mit Behinderungen ihren Aufenthaltsort frei wählen dürfen.

Aufgrund dieser Einschätzungen schließt sich die DVfR folgenden Vorschlägen des Forums behinderter Juristinnen und Juristen zu Änderungen des SGB XI im Zusammenhang mit Leistungen zur sozialen Teilhabe an (Auszug):

1. In § 13 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Leistungen der Pflegeversicherung gehen Leistungen der Sozialen Teilhabe für behinderte Menschen nach dem Kapitel 7 des Neunten Buches vor.“

2. § 13 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Treffen Pflegeleistungen mit Leistungen der Sozialen Teilhabe nach dem Kapitel 7 des Neunten Buches, mit Leistungen der (bisherigen oder zukünftigen) Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder mit weitergehenden Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zusammen, erbringen die für die Leistungen zur Sozialen Teilhabe nach dem 7. Kapitel des Neunten Buches zuständigen Träger die Leistungen. Die Pflegekassen erstatten diesen die von ihnen zu tragenden Kosten.“

3. In § 18 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Sind neben den Pflegeleistungen noch Leistungen zur Sozialen Teilhabe im Sinne des Kapitel 7 des Neunten Buches zu erbringen, werden die Ergebnisse der Begutachtung unverzüglich an die begutachtende Stelle der für die Leistungen zur Sozialen Teilhabe nach dem 7. Kapitel des Neunten Buches zuständigen Träger weitergeleitet, damit eine trägerübergreifende Gesamtbeurteilung des Unterstützungsbedarfes (...) erfolgen kann.“

IV. Behandlungspflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Regelmäßig kommt es zu Problemen in der Gewährleistung und der Finanzierung der Behandlungspflege in stationären Einrichtungen der bisherigen Eingliederungshilfe, wenn diese durch § 37 SGB V nicht erfasst werden. Dies ist dann der Fall, wenn die Behandlungspflege konzeptionell vom Leistungserbringer nicht erbracht werden kann oder in besonders hohem Umfang, ggf. auch nur vorübergehend, erforderlich wird – z. B. nach Operationen, im Zusammenhang mit akuter Erkrankung oder bei schweren gesundheitlichen Schädigungen wie Tracheostoma, Beatmungspflicht etc. So ist zurzeit nicht durchgängig für in Einrichtungen lebende Menschen gesichert, dass sie dort Leistungen der Behandlungspflege in ausreichendem Maße erhalten können. Dies führt dazu, dass Menschen wegen des Bedarfs an Behandlungspflege bisher eine Einrichtung der Eingliederungshilfe verlassen müssen oder gar nicht erst aufgenommen werden, obwohl ein Bedarf an Leistungen der derzeitigen Eingliederungshilfe besteht und dieser auch trotz der notwendigen Behandlungspflege nicht in Frage steht.

Hinzu kommt, dass wegen des § 43a SGB XI die Krankenkassen bislang davon ausgehen, dass mit dem Ausgleichsbetrag sämtliche Pflegekosten, auch die der Behandlungspflege, abgegolten sind (vgl. dazu oben Kapitel II).

Um Menschen mit Teilhabebedarf die Aufnahme bzw. den Verbleib in Angeboten der (bisherigen) Eingliederungshilfe zu ermöglichen, sollten Wege gefunden werden, dass Menschen mit Behinderungen, die derzeit Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen, an diesen Orten

Leistungen der häuslichen Krankenpflege in vollem Umfang erhalten können. Geht man davon aus, dass die Häuslichkeit eines Menschen mit Behinderungen dort ist, wo er seinen Lebensmittelpunkt hat – unabhängig davon, wie die Wohnform rechtlich und organisatorisch ausgestaltet ist –, sollten alle Orte der Teilhabe als Leistungsorte der häuslichen Pflege in Betracht kommen, da sie das Zuhause der Bewohner/-innen darstellen. Dies würde bedeuten, dass unabhängig vom Ort, an dem der Mensch mit Behinderung lebt,

- sein Teilhabebedarf über die Leistungen des Trägers der (bisherigen) Eingliederungshilfe,
- sein allgemeiner Pflegebedarf über die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und
- die Leistungen der Behandlungspflege über die gesetzliche Krankenversicherung und somit im vollen Bedarfsumfang gedeckt wird.

Diese Regelung sollte auch für Werkstätten für behinderte Menschen gelten, so dass in § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Worte „bei besonders hohem Pflegebedarf“ zu streichen sind.

Auch hier sollte gelten, dass die Leistungen der (bisherigen oder zukünftigen) Eingliederungshilfe und der Behandlungspflege in zwei verschiedenen Optionen von den Leistungsberechtigten in Anspruch genommen werden können (s. oben). Dafür sind die gesetzlichen Grundlagen zu schaffen. Die Leistungen der Behandlungspflege bleiben gegenüber denen der (bisherigen oder auch zukünftigen) Eingliederungshilfe vorrangig.

Die Leistungen der Behandlungspflege sollten in jedem Lebenssetting unabhängig voneinander und nebeneinander in Anspruch genommen und durch verschiedene Leistungserbringer (zugelassene Dienste und Einrichtungen) erbracht werden können (1. Option).

Um dem Wunsch der leistungsberechtigten Person nach Hilfen aus einer Hand im Sinne eines integrierten Leistungssettings zu entsprechen (2. Option), soll aber eine nahtlose, umfassende und integrierte Erbringung von Leistungen der (bisherigen oder zukünftigen) Eingliederungshilfe und der Behandlungspflege aus einer Hand durch einen Leistungserbringer möglich bleiben. Dies kann für Menschen mit einem hohen und komplexen Unterstützungsbedarf und insbesondere in gemeinschaftlichen Wohnformen wichtig sein. Hier sollte die Eingliederungshilfe die vorrangige Leistung sein, in die die Leistungen der Behandlungspflege integriert werden. Die gesetzliche Krankenversicherung sollte in diesen Fällen die Leistungen dem Träger der (bisherigen oder zukünftigen) Eingliederungshilfe in vollem Umfang erstatten. So sollen auch im Rahmen einer integrierten Leistungserbringung den Leistungsberechtigten die Leistungen des SGB V entsprechend der Vergütungsvereinbarungen für ambulante Pflegedienste, welche Leistungen der Behandlungspflege erbringen, zufließen.

Dabei sollte der Gesetzgeber regeln, dass neben einer Einzelfallregelung auch pauschalisierte Regelungen, die vertraglich zu vereinbaren sind, auf Wunsch des Leistungsberechtigten möglich werden, insbesondere auch für den Fall, dass die Pflegeleistungen nicht wie bei einem Pflegedienst oder einer Pflegeeinrichtung ausschließlich durch fachlich qualifiziertes Personal erbracht werden, sondern durch pädagogische Mitarbeiter oder Assistenzdienste. Auch sonstige Regelungen aus der Pflegeversicherung wie z. B. bestimmte Dokumentationspflichten sollten nicht identisch auf die (bisherige oder zukünftige) Eingliederungshilfe übertragen werden. Für manche Betroffene ist es nur in der Form des integrierten Leistungs-

settings möglich, das Interesse an umfassender Förderung der Teilhabe zu berücksichtigen, wobei die Teilhabeleistung im Vergleich zu Pflegeleistungen die umfassendere Leistung ist. Zudem wird durch das neue Bedarfsfeststellungsverfahren sichergestellt, dass die Leistungen auch der Behandlungspflege bei der Teilhabeplanung angemessen berücksichtigt werden.

V. Hilfsmittel

Die Problematik der Zuordnung von Hilfsmitteln zur (bisherigen) Eingliederungshilfe im Verhältnis zu den anderen Rehabilitations- bzw. Sozialleistungsträgern (Pflegeversicherung) besteht zum einen in der Zuständigkeit für Hilfsmittel, die in einer Einrichtung (analog zur Problematik Zuständigkeit der SPV oder GKV für Hilfsmittel im Pflegeheim) oder durch einen Dienst Verwendung finden. Zum anderen gestaltet sich hier oft die Abgrenzung bzw. Einordnung von Hilfsmitteln als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen der Krankenversorgung oder Leistungen der medizinischen Rehabilitation (in jeweils unterschiedlicher Trägerschaft) problematisch. Ferner besteht noch Unklarheit, wie mit Hilfen umzugehen ist, die zwar zu den Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens gehören, die aber vorwiegend auf Grund der Behinderung zur Sicherung der Teilhabe notwendig sind, wenn deren Beschaffung im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. aufgrund der Anrechnung von Einkommen und Vermögen vom Betroffenen nicht finanziert werden kann.

Nach den oben ausgeführten Grundsätzen bestehen für Menschen mit Behinderungen unabhängig von der Wohnform gleiche Ansprüche gegenüber den Sozialleistungsträgern auf deren Leistungen. Dies sollte auch für Hilfsmittel gelten.

Hilfsmittel (und auch Heilmittel) können sowohl als Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 26 Abs. 2 SGB IX als auch als Leistung der Krankenbehandlung nach § 27 SGB V erforderlich sein und erbracht werden. Die leistungsrechtliche Einordnung erfolgt nach den sich aus dem festgestellten Bedarf ergebenden Zielen, die mit der Leistung erreicht werden sollen. Sollen mit der Leistung Krankheiten geheilt, ihre Verschlimmerung verhütet oder Krankheitsbeschwerden gelindert werden, sind sie der Krankenbehandlung zuzuordnen (§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Soll die Leistung Teilhabeziele erreichen (Krankheitsfolgen „bewältigen“), ist sie der medizinischen Rehabilitation zuzuordnen.

Nach § 27 SGB IX gelten die in § 26 Abs. 1 SGB IX genannten (Teilhabe-)Ziele ausdrücklich auch für die Leistungen der Krankenbehandlung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Insofern haben Hilfsmittel der GKV eben nicht „nur“ das Ziel, den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern oder die Behinderung nur bei den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen.

Um die Leistungen zur Teilhabe aller Rehabilitationsträger entsprechend der Intention des SGB IX auf das übergeordnete Ziel der umfassenden Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auszurichten, erscheint eine gesetzliche Klarstellung innerhalb des SGB V und des SGB IX sinnvoll.

Die DVfR schlägt Folgendes vor:

1. Klarstellung in § 33 SGB V:

Neufassung der einleitenden Sätze des Abs. 1:

„Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall notwendig sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern. ²**Sie haben weiterhin Anspruch auf Hilfsmittel der medizinischen Rehabilitation nach §§ 26 Abs. 2 Nr. 6, 31 des Neunten Buches.** ³Der Anspruch besteht nicht, soweit er nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen ist. ⁴Für die Hilfsmittel nach Satz 1 bleibt § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 unberührt. ⁵**§ 31 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches sind auf die Hilfsmittel nach Satz 1 anzuwenden.**“

2. Klarstellung in § 31 SGB IX

An § 31 Absatz 1 SGB IX sollte folgender Satz angefügt werden:

„Die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens umfassen in jedem Fall eine möglichst selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.“

3. Streichung des § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII

Die **Regelung in § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII**, dass sich die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 SGB IX nicht von denen der GKV unterscheiden dürfen, **sollte, auch im Hinblick auf die Hilfsmittel, aufgehoben werden.** Denn nicht alle Leistungen – hier Hilfsmittelversorgung –, die in § 26 genannt sind, werden von der GKV oder Rentenversicherung tatsächlich erbracht, oder sie werden nur in bestimmten Settings, z. B. im Rahmen einer stationären oder ambulanten Maßnahme, erbracht. Dies gilt z. B. für Belastungserprobung und Arbeitstherapie, Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung, Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen, Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, Training lebenspraktischer Fähigkeiten oder Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Leistungen, die den Zielen der medizinischen Rehabilitation dienen, aber von den eigentlich vorrangig zuständigen Trägern nicht erbracht werden müssen, obwohl sie notwendig sind, um die Ziele der Teilhabe nach § 4 SGB IX zu erreichen, sollten deshalb dann im Rahmen der (bisherigen oder zukünftigen) Eingliederungshilfe erbracht werden können, wenn sie in einem Bedarfsfeststellungsverfahren als notwendig definiert werden und wenn geklärt ist, dass die anderen beteiligten Träger diese Leistungen auf Grund ihres Leistungsrechts nicht erbringen oder nicht erbringen können.

Dies ist deshalb von besonderer Bedeutung, weil es zahlreiche Leistungen gibt, die zwar vom Ziel und auch von der Art der Durchführung her der medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 26 SGB IX zuzurechnen sind, jedoch nicht im Leistungskatalog der GKV oder der Rentenversicherung enthalten sind, z. B. bestimmte Hilfsmittel oder auch manche Heilmittel sowie weitere Leistungen, s. o. Kapitel C. (Deshalb wird derzeit gefordert, im SGB IX

das Leistungsspektrum der medizinischen Rehabilitation auch mit ambulanten Leistungen und insbesondere mit ambulanten Einzelleistungen zu ergänzen.)

Die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Förderung der Teilhabe ist auf Grund des trägerübergreifenden Rechts des SGB IX somit Gegenstand des Bedarfsfeststellungsverfahrens und der Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX. Die Bedarfsfeststellung ist das geeignete Verfahren zur Klärung von fachlichen Versorgungsfragen und von Zuständigkeiten. Insofern werden Abgrenzungskataloge etc. überflüssig, da diese ohnehin nicht alle Konstellationen zutreffend abbilden können. In diesem Rahmen sollte die Eingliederungshilfe durch ihre Reform die Möglichkeit erhalten, aufgrund einer Bedarfsfeststellung auch andere medizinische Leistungen zu übernehmen, die notwendig sind, um das Teilhabeziel zu erreichen, die aber von anderen Sozialleistungsträgern nicht übernommen werden. Dies ist besonders relevant im Bereich der Hilfsmittel, jedoch auch bei einzelnen Leistungen, zum Beispiel bei der Ergotherapie, dem Fallmanagement, der Beratung etc. Dadurch ist keine Inflationierung des Leistungsumfangs zu erwarten, da eine exakte Bedarfsfeststellung vorgeschaltet ist.

F. Vorschläge zu einem trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahren

Eine Bedarfsfeststellung bzgl. der Leistungen zur Teilhabe ist auf Grund bestehender gesetzlicher Grundlagen ggf. trägerübergreifend bereits heute erforderlich, wenn eine Beeinträchtigung der Teilhabe vorhanden ist oder einzutreten droht und wenn Leistungen zur Teilhabe erforderlich sind oder sein können, um die Ziele nach § 4 SGB IX zu erreichen und um Art. 26 UN-BRK umzusetzen. Dazu ist ein bundesweit einheitliches Bedarfsfeststellungsverfahren (BFV) notwendig, das bislang trägerübergreifend nicht zur Verfügung steht.

Besondere Aktualität hat das Thema im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der bisherigen Eingliederungshilfe und des SGB IX (BTHG-Prozess) erlangt, da dort Leistungen in Zukunft personbezogen, bedarfsgerecht und umfassend ermittelt und in einer Teilhabeplanung festgestellt werden sollen und da hierbei Leistungen anderer Sozialleistungsträger zu berücksichtigen sind. Das neue Konzept für die Bedarfsfeststellung im Rahmen der Eingliederungshilfe sollte aber mit dem allgemeinen trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahren zumindest kompatibel sein.

Die DVfR hat sich mit dem Thema „trägerübergreifendes BFV“ in einem Ad-hoc-Ausschuss beschäftigt und dazu ein umfassendes Papier zur Diskussion erarbeitet, das auch die Beratung im Zusammenhang eines BFV behandelt. Die Arbeit an diesem Papier, auf das in einigen der Thesen verwiesen wird, ist noch nicht abgeschlossen. Die bisherigen Arbeitsergebnisse des Ausschusses lassen sich in folgenden Vorschlägen thesenhaft zusammenfassen:

1. Eine trägerübergreifende Bedarfsfeststellung ist bereits jetzt gesetzlich vorgeschrieben und deshalb umzusetzen. Bei der Weiterentwicklung des SGB IX ist das einheitliche trägerübergreifende Bedarfsfeststellungsverfahren bundeseinheitlich näher zu beschreiben, auch im Hinblick auf die Aufgaben der Länder für die Umsetzung. Die Grundzüge des Verfahrens sollten auch für die Bedarfsfeststellung im Rahmen der (bisherigen oder zukünftigen) Eingliederungshilfe gelten.
2. Ein BFV wird dann eingeleitet, wenn bei einem Menschen, bei dem auf Grund gesundheitlicher Beeinträchtigungen eine Behinderung im Sinne von Art. 1 UN-BRK vorliegt oder droht, eine Leistung zur Teilhabe beantragt ist oder Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen können.
3. Unter einem BFV wird ein Bündel einzelner Verfahrensschritte verstanden, die in einem vorgegebenen Rahmen (zeitliche Reihenfolge, Durchführungsverantwortung, Mitwirkende usw.) eingesetzt werden, um den Bedarf des Menschen mit Behinderungen an Leistungen zur Teilhabe zu ermitteln. Die Bedarfsfeststellung hat teilhabebezogen, umfassend, individuell und multidisziplinär auf der Grundlage der ICF zu erfolgen. Innerhalb des BFV können Instrumente verwendet werden, die definierten Qualitätskriterien entsprechen müssen und zudem je nach Fragestellung modifiziert werden können.
4. Rehabilitationsträger und Menschen mit Behinderungen haben jeweils das Recht, die Durchführung eines umfassenden und ggf. trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens zu verlangen. Dies gilt auch für das Widerspruchsverfahren. Im Einverneh-

men kann das BFV fokussiert erfolgen, z. B. bezogen auf eine Leistung (z. B. Anschlussrehabilitation, technische Hilfe am Arbeitsplatz), eine Problemlage etc. Der Rehabilitationsträger hat das Recht, dem Menschen mit Behinderungen zunächst ein fokussiertes Verfahren anzubieten, und klärt ihn über sein Recht auf ein umfassendes BFV auf.

5. Die Bedarfsfeststellung ist als Recht und Pflicht der Menschen mit Behinderungen und der Rehabilitationsträger zu konzipieren. Für andere Träger von sozialen Leistungen, z. B. die Pflegeversicherung, die Versorgungsverwaltung u. a., sind Wege zu finden, sie in das BFV einzubinden.
6. Unter Bedarf an Leistungen zur Teilhabe werden in diesem Zusammenhang die für die konkrete Person unter Berücksichtigung ihrer Wünsche erforderlichen Leistungen verstanden, die geeignet und notwendig sind, um die Ziele nach § 4 SGB IX sowie die individuellen Teilhabeziele des Menschen mit Behinderungen zu erreichen.
7. Die Bedarfsermittlung soll auch solche notwendigen Leistungen umfassen, die im jeweiligen Sozialraum nicht oder noch nicht zur Verfügung stehen. Dadurch soll erreicht werden, dass entsprechende Leistungsangebote im Sinne des Art. 26 UN-BRK soweit irgend möglich in Zukunft im Sozialraum bereitgestellt werden können.
8. Das BFV wird in 3 Phasen unterteilt: 1. Die Bedarfsermittlung auf der Basis der Wünsche und Ziele des Menschen mit Behinderungen und fachlicher Erkenntnisse; 2. die Umsetzung der ermittelten Bedarfe in Leistungen und die Erstellung eines konsentierten Entwurfes eines Teilhabeplans, ggf. mit Zielvereinbarung und 3. die Feststellung des Teilhabeplans mit einem Leistungsbescheid der zuständigen Träger. Der Leistungsbescheid kann auf der Grundlage des festgestellten Teilhabeplans durch den Beauftragten (s. unten 9. ff.) oder jeweils durch die beteiligten einzelnen Träger ergehen.
9. Die DVfR schlägt vor, die Zuständigkeit eines Trägers für die Durchführung des BFV – ggf. unabhängig von der Zuständigkeitsklärung für die einzelnen Leistungen – einzuführen, der als Bedarfsfeststellungsbeauftragter (im Folgenden Beauftragter) für die Durchführung und den Abschluss des BFV verantwortlich ist. Als Beauftragter gilt der nach § 14 SGB IX zuständige Rehabilitationsträger. Liegt noch kein Leistungsantrag vor und besteht ein Bedarf an einem BFV, so ist der erstangegangene Rehabilitationsträger Beauftragter für das BFV. Im Zweifelsfall oder bei Uneinigkeit entscheidet die Gemeinsame Servicestelle oder ein nach Landesrecht zu bestimmendes Gremium innerhalb von 14 Tagen über den Beauftragten. Damit wird eine Festlegung auf einen grundsätzlich zuständigen Rehabilitationsträger vermieden. Die Rehabilitationsträger können sich im Laufe des Verfahrens auf einen anderen Beauftragten verständigen, wenn dieser die sachlich begründete Hauptverantwortung trägt.
10. Der Beauftragte wird mit Kompetenzen ausgestattet, die einen ordnungsgemäßen und zügigen Ablauf des BFV sicherstellen, u. a. mit der Verpflichtung anderer Träger zur Mitwirkung am BFV einschl. vorläufiger Bescheidung durch den Beauftragten bei deren fehlender Mitwirkung. Näheres soll durch Landesrecht bestimmt werden, sofern nicht weitere bundeseinheitliche Regeln gelten.
11. Zur Bedarfsermittlung sind Informationen zur Beschreibung der gesundheitlichen Beeinträchtigung und der Beeinträchtigung der Teilhabe sowie zu bereits erfolgten Leistungen

zur Teilhabe erforderlich. Dazu werden die Pflichten des Menschen mit Behinderungen, der behandelnden Personen und leistungserbringenden Dienste und Einrichtungen näher bestimmt. Der Mensch mit Behinderung soll die Übermittlung nach Art und Umfang der Informationen so weitgehend wie möglich selber steuern können. Es ist sicherzustellen, dass umfassende medizinische und psychosoziale Informationen lediglich denjenigen Fachdiensten der Träger zur Verfügung gestellt werden, die sie bewerten und in das BFV einbringen. Die Informationen für das Verwaltungsverfahren sind auf das zwingend Notwendige zu beschränken. Ergebnisse einer Beratung (s. u.) sind ggf. einzubeziehen. In besonderen Fällen sind Sachverständige heranzuziehen, deren Bestellung sich nach § 14 SGB IX richtet. Die Rehabilitationsträger können die Informationsbeschaffung entsprechend ihren Aufgabenstellungen trägerspezifisch strukturieren (z. B. durch Formularegutachten, Fragebögen etc.).

12. Sofern der Mensch mit Behinderung eine gesundheitliche Beeinträchtigung aufweist, die zur Beeinträchtigung der Teilhabe führen kann, erhält er einen Anspruch auf ein umfassendes, ggf. trägerübergreifendes BFV und auf fünf, in komplexen Fällen zehn Beratungseinheiten, deren Erbringung er aus einem pluralen Beratungsangebot der Region auswählen kann (vgl. auch Kapitel G). Im Rahmen des BFV kann er die Einberufung einer Teilhabekonferenz verlangen. Er erhält in besonderen Fällen, insbesondere bei komplexer Problematik oder bei Beteiligung mehrerer Träger, einen Anspruch auf ein Fallmanagement, ggf. auch außerhalb des Verwaltungsverfahrens. Die Leistungen der Beratung und des Fallmanagements sind im SGB IX gesetzlich zu verankern. Der Mensch mit Behinderung ist zur Mitwirkung am BFV verpflichtet.
13. Der Beauftragte und die Rehabilitationsträger erhalten wechselseitig das Recht, andere Sozialleistungsträger zum BFV beizuziehen. Sie vereinbaren auf Landesebene ihre Zusammenarbeit, u. a. im Hinblick auf die Durchführung von Teilhabekonferenzen (z. B. durch eine Geschäftsordnung), die Informationsübermittlung, die Beauftragung von Sachverständigen etc. Es ist gesetzlich zu regeln, welche weiteren Sozialleistungsträger verpflichtet werden sollen, am BFV mitzuwirken, wie z. B. die Pflegekassen, die Integrationsämter, die Träger der Beamtenversorgung und ggf. private Versicherungen.
14. Die Rehabilitationsträger stellen sicher, dass dem Menschen mit Behinderungen und dem Beauftragten stets ein fester Ansprechpartner zur Verfügung steht, der trägerspezifisch über Entscheidungskompetenzen im BFV verfügt.
15. Im BFV kommen verschiedene Methoden, Verfahren und Instrumente zur Anwendung. Dazu gehören u. a. der Antrag, ein orientierendes Gespräch, im Einzelfall Beratung und Fallmanagement, das Teilhabegespräch zwischen Nutzer und Rehabilitationsträger, die ggf. trägerübergreifende Teilhabekonferenz und der Teilhabeplan sowie spezifische Instrumente, die z. B. der Informationsgewinnung, dem Assessment und der Teilhabeplanung dienen und für die als Grundanforderungen u. a. Barrierefreiheit, wissenschaftliche Evaluation und ICF-Basierung gelten.
16. Das gemeinsame BFV verpflichtet die Träger nicht, die Leistungen jeweils gemeinsam zu erbringen. Bei der Teilhabeplanung sind jedoch die gesetzlichen Vorgaben wie z. B. die Erbringung wie aus einer Hand, die Nahtlosigkeit etc. (vgl. § 12 Abs. 1 SGB IX) zu berücksichtigen. Dies ist ggf. bei der Teilhabeplanung als Aufgabe für die Leistungserbringer zu formulieren.

17. Der Beratung im Vorfeld und während eines BFV kommt besondere Bedeutung zu. Der Mensch mit Behinderung soll dabei auf Beratungseinrichtungen und -dienste zurückgreifen können, die ausschließlich seinem Interesse verpflichtet sind und Gewähr für eine fachliche und qualifizierte Beratung bieten. Diese Beratungsangebote treten neben die Beratung durch die Rehabilitationsträger. Solche Beratungsangebote sollen auch Peer-Counseling-Angebote enthalten. Für die Bereitstellung einer ausreichenden und nachweislich qualifizierten Beratungsstruktur sollen die Bundesländer verantwortlich sein.
18. Die Beratung ist fachlich und organisatorisch so auszurichten, dass sie für den Menschen mit Behinderungen niedrigschwellig erreichbar ist, und soll ohne Prüfung von Einkommen und Vermögen erfolgen können. Die Beratung soll fachlichen Standards guter Beratung genügen. Es kann sinnvoll sein, die Beratungsverpflichtungen, die für verschiedene Experten an mehreren Stellen gesetzlich, u. a. in § 61 SGB IX, vorgesehen sind, im Hinblick auf die Beratungsbedarfe von Menschen mit Teilhabebeeinträchtigungen zu konkretisieren.

G. Vorschläge zur Organisation und Gestaltung der Beratung

Der Beratung kommt im Zusammenhang mit der Bedarfsfeststellung eine zentrale Rolle zu. Deshalb wird auf die Formen, die Inhalte, die Verfahren und ihre Einordnung in das Bedarfsfeststellungsverfahren (BFV) eigens eingegangen. Dabei kommt es der DVfR besonders darauf an, dass dem Bedarf an Beratung bei Menschen, die gesundheitliche Beeinträchtigungen und eine daraus resultierende, ggf. drohende Beeinträchtigung der Teilhabe aufweisen, systematisch Rechnung getragen wird. Dabei kann es sich um Beratung im Vorfeld oder um Beratung im BFV oder um Beratung als eigenständige Leistung zur Teilhabe handeln.

1. Zur Rolle der Beratung im Lebenskontext im Vorfeld eines BFV

Beratung erfolgt bereits im Vorfeld des BFV, um eine Problemklärung herbeizuführen und Lösungswege mit oder ohne eine Rehabilitationsleistung zu suchen. Beeinträchtigungen der Teilhabe werden bemerkt, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen auftreten oder bereits vorhanden sind bzw. sich verschlechtern und wenn dadurch Aktivitäten und Teilhabe in der Lebenswelt erschwert werden oder gar nicht mehr möglich sind. Es entstehen u. U. Konflikte, sodass Änderungen in der Lebensführung notwendig werden. So kommt es zu einem Leidensdruck, der nach Lösungen verlangt. Die Bewältigungsstrategien im Einzelfall sind sehr unterschiedlich und reichen von Akzeptanz der Lebenslage über Änderungsversuche, z. B. durch Behandlung oder Anpassung der Lebensumstände, bis hin zur Inaktivität. Wenn etwas geändert werden soll, wird das, was zu tun ist, oft nicht allein entschieden, sondern im primären sozialen Netz, also in der Familie, mit Freunden und Kollegen usw. Man berät sich und erhält Ratschläge, Hinweise und Ideen. All dies erfolgt in der Regel nicht in Form einer professionellen Beratung, sondern informell, vielleicht auch im Rahmen einer Selbsthilfegruppe.

Eine niedrigschwellige professionelle Beratungsmöglichkeit stellt auch der Haus- oder Facharzt oder der Pflegedienst dar. Leicht erreichbar sind außerdem z. B. der Sozialdienst im Krankenhaus, die Pflegestützpunkte, das Sozialpädiatrische Zentrum, Mitarbeiter in Kindertagesstätten, Schwerbehindertenvertreter in den Betrieben, Vorgesetzte bzw. Personalverantwortliche oder auch manche Leistungserbringer, die bereits Leistungen zur Teilhabe erbringen. Dies ist z. B. oft bei Menschen mit von Geburt an bestehender Behinderung der Fall, da sie ohnehin schon häufig mit professionellen Diensten und Einrichtungen zu tun haben, die ihnen beratend zur Seite stehen, z. B. die Frühförderstelle, die Förderschule, der spezialisierte Berufsberater der BA, Mitarbeiter der WfbM.

Ergebnis solcher privater oder niedrigschwellig-professioneller, selbst organisierter Beratung kann die Idee sein etwas zu unternehmen, also an der eigenen Lebenssituation etwas zu ändern oder etwas für seine Gesundheit, z. B. auch Verbesserung oder Wiederherstellung der eigenen Leistungsfähigkeit, zu tun. Das können verschiedenste Aktivitäten, darunter u. a. eben auch Leistungen zur Teilhabe wie medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder der Gemeinschaft sein. Wurden solche Leistungen schon in Anspruch genommen oder beantragt, z. B. häufig als Anschlussrehabilitation, sind Rehabilitations-träger oder Leistungserbringer schon involviert und können in diesem Rahmen bzgl. weiterer Leistungen zur Teilhabe beraten.

Menschen mit Behinderungen sehen es in der Regel aber nicht als Aufgabe der Rehabilitationsträger an, sie zu Änderungen in ihrer Lebensführung, bei der Bewältigung von privaten Konflikten, ihren persönlichen Lebensperspektiven und der Erfüllung von Wünschen zu beraten, es sei denn dies erfolgt innerhalb einer Leistung zur Rehabilitation mit den Rehabilitationfachleuten oder mit anderen Rehabilitanden, z. B. in der Rehabilitationsklinik. Je privater die Probleme sind und je mehr die Beratung durch die Träger eine Beratung zur Inanspruchnahme von Leistungen ist, desto weniger können Möglichkeiten und Optionen einer anderen Lebensführung von Beratungseinrichtungen erarbeitet werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn kein Bedarf an einer Rehabilitationsleistung besteht oder die Probleme einer Lösung mittels Rehabilitationsleistungen nicht zugänglich sind oder erscheinen.

Für den hier verkürzt als privaten Beratungsbedarf bezeichneten Bedarf gibt es Beratungsstellen u. a. der freien Wohlfahrtspflege, z. B. als Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen, als psychologische Beratungsstellen zur Erziehung, zu Sucht- und Drogenproblemen usw. Auch hier können Beeinträchtigungen der Teilhabe Thema sein. Leider sind die allgemeinen Beratungsangebote häufig nicht ausreichend mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und ihren Folgen für die Teilhabe sowie mit den Möglichkeiten der Leistungen zur Teilhabe vertraut. Hier kann man ansetzen und solche Beratungseinrichtungen auch für Rehabilitationsthemen qualifizieren.

Erst wenn die Probleme der Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe und damit die Möglichkeit von Rehabilitation bewusst werden, wird die Option von Teilhabeleistungen geprüft und ggf. verfolgt. Dann kann eine Beratung durch die Träger greifen und ggf. die Bedarfsfeststellung eingeleitet werden. Eine gute Beratung im Vorfeld sollte deshalb bei Vorliegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung mit ggf. drohender Beeinträchtigung der Teilhabe immer die Möglichkeit von Leistungen zur Teilhabe im Blick haben und systematisch berücksichtigen.

Ergebnis einer solchen Beratung im Vorfeld kann dann sein, dass ein vorläufiger Bedarf an Teilhabeleistungen oder ein Bedarf an der Ermittlung und Bedarfsfeststellung an solchen Leistungen gesehen wird, woraus dann ein Leistungsantrag oder ein Antrag auf eine Bedarfsfeststellung resultiert.

Informelle Beratung im primären sozialen Netz und niedrigschwellige professionelle Beratung enden nicht zwangsläufig durch die Einleitung eines Bedarfsfeststellungsverfahrens, sondern können den Menschen auch fortlaufend begleiten und so ggf. auch den Erfolg einer Rehabilitationsleistung sichern helfen.

2. Beratung im Rahmen eines BFV

Beratung kann auch Bestandteil eines BFV oder von Leistungen zur Teilhabe sein, die sich in einem Teilhabeplan niederschlagen.

Im Rahmen des BFV kann neben der informellen Beratung im Lebenskontext auch professionelle Beratung notwendig werden. Dafür kann entweder auf vorhandene Experten zurückgegriffen werden, so z. B. auf den behandelnden Arzt, die Sozialdienste der Krankenhäuser, Experten in der Förderschule, auf dem Arbeitsamt etc., oder aber auf entsprechende Beratungsstellen. Themen sind die Erfassung der relevanten Beeinträchtigungen, der Wünsche

und die Erarbeitung möglicher Rehabilitations- und Teilhabeziele. Am Ende stehen Ideen zu möglichen Teilhabeleistungen oder anderen Maßnahmen. Im günstigen Falle resultiert daraus bereits ein Leistungsantrag oder ein Beitrag zum BFV.

Stellt sich innerhalb des BFV heraus, dass Beratungsbedarf vorliegt, und ist dieser nicht aus dem Lebenskontext heraus zu befriedigen, sollte sowohl der Klient einen Anspruch auf Beratung haben als auch der Rehabilitationsträger eine Beratung veranlassen können. Die Beratung sollte ggf. vom Beauftragten als Leistung in Auftrag gegeben werden können. Nach den Vorstellungen der DVfR sollte der Klient bei Vorliegen der Voraussetzungen für ein BFV einen Anspruch auf 5, in komplexen Fällen auf 10 Beratungseinheiten haben, die von einer geeigneten und anerkannten Stelle, die nur den Interessen des Klienten verpflichtet ist, trägerunabhängig erbracht werden. Kriterien für die Möglichkeit der Inanspruchnahme sind auf Landesebene zu entwickeln. Eine Einkommens- und Vermögensprüfung ist in diesen Fällen grundsätzlich nicht vorzusehen.

In jeder Region sollte es eine Liste möglicher Beratungsstellen geben. Diese haben regelmäßig auch die Integrationsfachdienste (IFD), die Sozialdienste der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, die Beauftragten der Kammern, die Beratungseinrichtungen der Selbsthilfe, Beratungsangebote der Sozialleistungsträger selbst und den Öffentlichen Gesundheitsdienst ggf. einschl. Landesärzten zu umfassen. Reichen die vorhandenen Angebote nicht aus oder sind sie der Problematik nicht angemessen, sollte eine Beratung in einer geeigneten regionalen Beratungsstelle, die fachlich in der Rehabilitation ausgewiesen ist, möglich sein. Die regionalen Beratungsstellen sollen möglichst an vorhandene Dienste und Einrichtungen angebunden sein und deren Infrastruktur nutzen. Ihre Eignung sollte von den regionalen AGs oder den Gemeinsamen Servicestellen ggf. auch indikationsspezifisch oder problembezogen festgestellt werden. Hierzu können sich auch vorhandene Leistungserbringer mit einschlägiger Erfahrung bewerben. Die Option einer Zertifizierung solcher Stellen ist zu prüfen (vgl. dazu auch die Ergebnisse der AG der BAR zur Qualität der Beratung).

Ziel ist eine plurale Beratungsstruktur mit verschiedenen Angeboten, für deren Koordination, Information und ggf. Infrastruktur die Bundesländer bzw. regionale Arbeitsgemeinschaften verantwortlich sein sollen.

Ist erkennbar, dass es eines Fallmanagements bedarf, kann die Beratung auch im Rahmen des Fallmanagements erfolgen. Dazu fordert die DVfR die Schaffung eines gesetzlichen Anspruchs auf ein Fallmanagement als eigenständige Leistung zur Teilhabe.⁵

3. Grundzüge der Beratung

3.1. Vorhandene Beratungsmöglichkeiten und ihre gesetzliche Grundlage

Zu berücksichtigen ist, dass eine Vielzahl unterschiedlichster Beratungsangebote im Zusammenhang mit Teilhabeleistungen bereits besteht bzw. schon gesetzlich verankert ist. Diese Beratungsangebote gilt es wertzuschätzen, ihre Kompetenzen anzuerkennen und ihre Aufgaben und Rollen in der Beratung im Vorfeld hervorzuheben:

⁵ Zum Katalog möglicher neuer bzw. modifizierter Leistungen erarbeitet die DVfR noch konkrete Vorschläge.

- **Ärzte** beraten laut Gesetz⁶ Personen mit drohender oder eingetretener Behinderung über die geeigneten Leistungen zur Teilhabe. Die Beratung erstreckt sich auf alle Formen der Teilhabeleistungen. Dabei weisen sie auf die Möglichkeit der Beratung durch eine Gemeinsame Servicestelle oder eine sonstige Beratungsstelle für Rehabilitation hin. Diese Beratungsleistung der Ärzte ist jedoch bislang leistungserbringerrechtlich nicht hinterlegt und damit auch nicht refinanziert. Dennoch findet eine solche Beratung durch die behandelnden Ärzte oft bereits statt, allerdings ohne das notwendige Zeitbudget und z. T. auch ohne die dazu notwendigen rehabilitationsmedizinischen Kenntnisse. Diese Form der Beratung sollte einerseits durch entsprechende Regelungen z. B. im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und durch Fortbildungsangebote verbessert werden. Zugleich benötigen Ärzte aber Ansprechpartner, die die Patienten fachgerecht beraten und ggf. mit den Ärzten zusammenarbeiten können. Vgl. dazu die weiteren Ausführungen über die Beratungsinfrastruktur.
- **Hebammen, Entbindungspfleger, Medizinalpersonen außer Ärzten, Lehrer, Sozialarbeiter, Jugendleiter und Erzieher** – z. B. in KiTa`s und Schulen –, die im Rahmen ihrer Berufsausübung Behinderungen wahrnehmen, sollten nicht selbst beraten, sondern weisen die Personensorgeberechtigten auf die Behinderung und auf die Beratungsangebote der Ärzte, Gemeinsamen Servicestellen oder sonstigen Beratungsstellen für Rehabilitation hin.
- **Arbeitgeber** (AG) sind gehalten, frühzeitig alle erforderlichen Teilhabeleistungen einzuleiten, die geeignet sind, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten, wenn sich im Rahmen der Prävention im Arbeitsleben (Betriebliches Eingliederungsmanagement) herausstellt, dass Leistungen zur Teilhabe in Frage kommen. Hier ist zu prüfen, ob nicht ein Anspruch der AG gesetzlich gegeben sein sollte, mit Einverständnis des Mitarbeiters ein BFV zu beantragen.
- Nach § 62 SGB IX können **Landesärzte** mit besonderen Kenntnissen bestellt werden, die auch einzelne Personen beraten können. Dies ist in den Bundesländern zurzeit unterschiedlich geregelt.
- Auch der **öffentliche Gesundheitsdienst**⁷ hat umfangreiche Beratungsaufgaben.

Daneben gibt es noch zahlreiche andere Einrichtungen, die sich der Beratung widmen. Diese können hier nicht alle aufgelistet werden.

Die DVfR weist darauf hin, dass Beratungsangebote in breitem Umfang gefördert werden sollen.

3.2. Beratung durch die Leistungsträger

Die Beantwortung der Frage nach dem zuständigen Ansprechpartner für die Leistungen zur Teilhabe und die individuelle Förderung, nach den möglichen Leistungserbringern sowie der Finanzierung, ist Aufgabe der Beratung durch die Leistungsträger nach § 14 SGB I.

⁶ Sicherung der Beratung behinderter Menschen, § 61 Abs. 1 SGB IX.

⁷ Vgl. zum ÖGD: www.wernerschell.de/Rechtsalmanach/Gesundheitswesen/oegd (Stand: 13.7.2014).

Den Leistungsträgern kann grundsätzlich ein hohes Eigeninteresse an einer guten Rehabilitationsberatung, die Voraussetzung für eine korrekte Bedarfsfeststellung und eine erfolgreiche Rehabilitation und Teilhabe ist, unterstellt werden. Ihre Pflicht zur Beratung ist auch in Zusammenhang mit einer gegebenenfalls eintretenden Haftung bei Fehl- oder Falschberatung zu sehen. Denn nur wenn Leistungsträger beraten, wird dem Beratenen bei fehlerhafter Beratung mit Schadensfolgen durch die Rechtsprechung ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch zur Kompensation des jeweiligen Nachteils zugesprochen, indem dem Beratenen die Rechtsposition eingeräumt wird, „die er gehabt hätte, wenn von Anfang an ordnungsgemäß verfahren worden wäre.“⁸

Gleichwohl kann Beratung zu den Teilhabeleistungen auch von anderen Stellen möglich und sinnvoll sein, u. a. wenn es sich um Leistungen handelt, die nicht von vornherein einem Leistungsträger zuzuordnen sind. Gerade auch hier kann es sinnvoll sein, die Beratung im Rahmen eines Fallmanagements durchzuführen.

3.3. Leistungsträgerübergreifende Beratung

In Bezug auf die Beratung durch die Leistungsträger gilt es, die Herausforderungen, die sich aus der Struktur des gegliederten deutschen Sozialleistungssystems ergeben, zu meistern. Zur Gestaltung der verschiedenen Knotenpunkte zwischen den Leistungssystemen hat der Gesetzgeber Beratungsstrukturen geschaffen, die sich zum Teil überschneiden oder gar miteinander konkurrieren. Diese Normsetzungen erfordern auf regionaler Ebene Strukturen der Zusammenarbeit und Abstimmung der unterschiedlichen Beratungsstellen untereinander⁹.

Das Gesetz sieht für die Teilhabe behinderter Menschen bereits verschiedene trägerübergreifende Beratungsstrukturen vor:

- das Teilhabemanagement nach §§ 8, 10, 11, 22, 23 SGB IX, das u. a. auch für Menschen mit drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit durchgeführt wird;
- die Gemeinsamen Servicestellen nach §§ 22, 23 SGB IX;
- die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, die einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen einschließlich rehabilitativer Hilfen zu erstellen hat;
- die Beratung der Eingliederungshilfeträger nach § 11 SGB XII im Hinblick auf die Erstellung eines Gesamtplans nach § 58 SGB XII.

Problematisch an diesen vier aufgezeigten Modellen der trägerübergreifenden Beratung ist, dass sie es nicht vermögen, flächendeckend ein Beratungsangebot vorzuhalten, welches es

⁸ BSGE 32, 60, zitiert nach Gerhard Igl und Felix Welti: Sozialrecht. 8. Auflage (§ 76 Rn. 29).

⁹ So ist z. B. im Entwurf der Novellierung des nordrhein-westfälischen Landespflegegesetzes eine Rahmenvereinbarung zur Koordinierung der Beratungsstrukturen zwischen Ministerium, Kommunen und Kostenträgern vorgesehen (§ 4 E-APG NRW).

Menschen mit Behinderung ermöglicht, eine verlässliche trägerübergreifende Leistungsberatung zu erhalten.¹⁰ Trotz der vielen Angebote besteht hier deshalb Handlungsbedarf.

Aus der Erfahrung der letzten zehn Jahre, seit der Bedarf an einer trägerübergreifenden Beratung dem Grunde nach erkannt wurde, hat sich gezeigt, dass es unterschiedliche Bewältigungsmöglichkeiten für diese Herausforderung gibt, und zwar insbesondere:

- Trägerübergreifende Beratung kann, wie in der Konstruktion der Gemeinsamen Servicestelle angelegt, durch eine von verschiedenen Trägern getragene Stelle geleistet werden.
- Sie kann auch im Verbund verschiedener Träger z. B. durch örtlich gebündelte Beratungsstellen verschiedener Träger erfolgen.
- Sie kann durch einen Träger mit „Gesamtverantwortung“, z. B. durch einen Beauftragten, erbracht werden.
- Sie kann an weitere Stellen z. B. eine allgemeine, örtliche Sozialberatung, delegiert werden.
- Sie kann an geeignete, ggf. zertifizierte und spezialisierte Beratungseinrichtungen delegiert werden.

Nach Auffassung der DVfR ist für den Erfolg der trägerübergreifenden Beratung weniger die trägerübergreifende Beratungsstruktur, sondern vielmehr die Einhaltung der gesetzlichen Beratungspflichten nach § 22 Abs. 1 SGB IX entscheidend. Diesen Beratungspflichten, die für die Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger entwickelt wurden, ist Rechnung zu tragen. Dabei sind von jeder trägerübergreifenden Beratungsstruktur die folgenden Grundsätze¹¹ und Qualitätsanforderungen¹² zu beachten:

- umfassende und trägerübergreifende Leistungsberatung bezogen auf die Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft
- Hinwirken auf trägerübergreifende funktionsbezogene Feststellung des individuellen Bedarfs an Teilhabeleistungen
- Interdisziplinarität
- Berücksichtigung sozialräumlich verfügbarer Strukturen
- hohe Konkretheit und individueller Problembezug aller Berater-Aussagen und möglichst rechtssichere / tragfähige Trägerzuweisung (§ 14 SGB IX)
- verständliche Erläuterung der bestehenden Leistungsangebote

¹⁰ Obwohl z. B. im Bereich der Eingliederungshilfe in einzelnen Landesteilen bereits heute eine trägerübergreifende Beratung auf der Grundlage einer Orientierung an der Lebenswelt behinderter Menschen stattfindet.

¹¹ Servicestellen, § 23 SGB IX.

¹² Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) „Qualitätssicherung in den Gemeinsamen Servicestellen“ vom Januar 2013 konkretisiert die „Rahmenvereinbarung Gemeinsame Servicestellen“ der BAR.

- Grundkenntnisse im gesamten Recht der Rehabilitation und Teilhabe sowie vertiefte Fachkenntnisse und Anwendungsfertigkeiten im Leistungsbereich des entsendenden Trägers
- Beratungskompetenz: z. B. Techniken der Gesprächsführung

Des Weiteren ist eine trägerübergreifende Beratung so auszustatten, dass sie ihre Aufgaben umfassend und qualifiziert erfüllen kann, Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen und Wartezeiten in der Regel vermieden werden. Eine hinreichende Finanzierung, Zugänglichkeit und Verlässlichkeit dieses Beratungsangebots ist daher notwendig.

4. Grundsätze guter Beratung

Allgemein formuliert ist professionelle Beratung eine Form der hilfreichen Interaktion, bei der Rat suchende Menschen mit vorliegenden oder drohenden Beeinträchtigungen dabei unterstützt werden sollen, in Bezug auf eine Frage oder ein Problem an Klarheit und an Handlungs- und Bewältigungskompetenz zu gewinnen.

In der Beratung werden die Probleme der Ratsuchenden systematisch bearbeitet. Zunächst geht es darum, ein Problem / eine Problemkonstellation zu erfassen, Lösungsmöglichkeiten zu analysieren, individuelle und (soziale) Ressourcen zu eruieren. Darauf aufbauend werden gemeinsam Lösungsstrategien erarbeitet und die entsprechende Umsetzung geplant. Berater fungieren dabei immer als Experten, die aus ihrer Expertise die betroffenen Menschen bei der Analyse und Lösung von Problemen fachlich unterstützen; sie sind aber auch immer als Persönlichkeiten gefordert, die von den Problemen der Ratsuchenden emotional erreicht werden und sich in diesem Sinne auf eine persönliche Beziehung einlassen. Daher ist die Fähigkeit zur Gestaltung einer professionellen Beraterbeziehung mit entsprechender Balance an Distanz und Nähe für den gesamten Prozess ausschlaggebend.

Beratung bedeutet ein Informations- und Wissensmanagement. In diesem Sinne muss Beratung eine nicht nur kognitive, sondern vielmehr auch emotionale und handlungsorientierte Vermittlung und Einbettung von Information ermöglichen.

Beratung muss immer alltags- und lebensweltorientiert sowie nutzer-, lösungs- und ressourcenorientiert sein.¹³ Beratung mobilisiert Kompetenzentwicklung und persönliches Wachstum über Reflexion, Edukation und die Förderung von individuellen und sozialen Ressourcen. Gleichzeitig werden Beratende – wo nötig und sinnvoll – auch unterstützend für und mit dem betroffenen Menschen tätig.

Für eine gelingende Beratung (dies gilt auch für Peer Counseling) sind folgende Grundsätze zu beachten:

- Beratungskräfte verfügen über ein Kompetenzprofil, das sich aus spezifischem Fachwissen und unspezifischen Kommunikations-, Interaktions-, Interventions-, Analyse-, Planungs- und Reflexionskompetenzen zusammensetzt.

¹³ Engel et al 2012, Ansen 2012.

- Die Beratung wird ergebnisoffen gestaltet und ist nicht beschränkt auf eine bestimmte Leistung, ein bestimmtes Angebot oder auf die Vermeidung möglicher Kosten.
- Am Anfang erfolgt eine Problem- und Auftragsklärung des Anliegens und des daraus folgenden Beratungsbedarfs.
- Die Beratung ist an den Zielen Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie Vermeidung von Benachteiligung orientiert.
- Sie ist ausgerichtet auf die individuell angestrebten Teilhabeziele.
- Sie wird unabhängig von der Zuständigkeit oder Leistungsverpflichtung eines Rehabilitationsträgers gestaltet.
- Die Interaktion zwischen Berater und betroffenen Menschen erfolgt „auf Augenhöhe“.
- Sie bedient sich verständlicher Sprache und stellt die Nutzung von Kommunikationshilfen sicher.¹⁴
- Sie respektiert das Recht des Menschen mit Behinderung, Vertrauenspersonen bei der Beratung einzubeziehen.¹⁵
- Sie formuliert die Ziele im Dialog mit den zu beratenden Menschen.
- Komplexität wird rechtzeitig erkannt und berücksichtigt.
- Die Beratung ist vertraulich. Der Beratungsverlauf wird anderen Stellen außerhalb der Beratungseinrichtung nicht zugänglich gemacht. Die Ergebnisse werden durch den Klienten an die zuständigen Stellen weitergeleitet.
- Der Datenschutz wird gewährleistet.

5. Zur Durchführung der Beratung: Hinweise und Vorschläge

5.1. Ablauf – Beratung folgt der Teilhabe-Einschränkung

Aus der Beratungspraxis ergeben sich zunächst folgende grundlegende Fragestellungen für Menschen mit (drohender) Behinderung:

1. Welches Gesundheitsproblem besteht, welche Kontextfaktoren sind relevant, welche Teilhabebeeinträchtigungen folgen daraus, welche Auswirkungen haben diese für die individuelle Lebensführung?
2. Welche Behandlung, Therapie, Förderung und Unterstützungsleistungen sind in Bezug auf die individuelle Beeinträchtigung und zur Verbesserung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wirksam bzw. erfolgversprechend? Welche Leistungen sind Leistungen zur Teilhabe und welche sind anderen Bereichen zuzuordnen, z. B. der Krankenbehandlung, der psychologischen Beratung, der Erziehungsberatung etc.?

¹⁴ Ausführungen von Leistungen, Persönliches Budget, § 17 Abs. 2 SGB I; Gebärdensprache und andere Kommunikationsmittel, § 6 BGG.

¹⁵ Aufgaben, § 22 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.

3. Wer ist Ansprechpartner für Teilhabeleistungen, wie können diese näher beschrieben werden, wo können diese beantragt und erbracht werden und wer bezahlt die Leistungen? Wie können Leistungen, die nicht der Rehabilitation zugehören, organisiert bzw. zugänglich gemacht werden?

Anhand dieser Fragen wird deutlich, dass erst nach Klärung der ersten beiden Fragenkomplexe Aussagen zur Zuständigkeit und Finanzierung getroffen werden können.

5.2. Zum Verhältnis von lebensweltlicher, trägerspezifischer, trägerübergreifender und unabhängiger Beratung und den Bedarfslagen der Menschen mit Behinderung

Zur Beantwortung der ersten beiden Fragekomplexe ist ein niedrighschwelliges Beratungsangebot erforderlich. Dieses liegt i. d. R. außerhalb der Trägerstruktur, da die dortige Beratung meistens an einen Anlass oder auslösendes Ereignis wie beispielsweise einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe gebunden ist. Die Kompetenz für diese frühen Phasen der Beratung ist in gesundheitsbezogenen ambulanten und stationären Beratungsdiensten, in Behindertenverbänden und Selbsthilfeorganisationen behinderter Menschen, der freien Wohlfahrtspflege sowie bei den Sozialverbänden, in der Diakonie, aber auch bei Diensten und Einrichtungen, wie z. B. Frühförderstellen, Kitas, Schulen, Werkstätten, Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken etc., mit Blick auf die Eigenerfahrungen, ihre Praxisnähe und die Expertise der dort aktiven Professionellen und Ehrenamtler sowie nicht zuletzt der behinderten Menschen selbst vorhanden.

Eine solche Beratung bezieht sich auf die durch die Beeinträchtigungen und die Kontextfaktoren unmittelbar in der Lebenswelt des Menschen mit Behinderung auftretenden Fragen und Probleme. Sie erfordert ein sensibles und differenziertes Eingehen auf die Besonderheiten und (sich verändernden) Inhalte und Abläufe des alltäglichen, schulischen oder beruflichen Lebens.

Für die Bewältigung des Alltags von Menschen mit Behinderung relevante, spezifische Felder dieser Beratung sind u. a.:

- Klärung der verschiedenen Dimensionen des Informationsbedarfs bzw. der Belastungssituation, Zielklärung und Priorisierung von Beratungsthemen
- Unterstützungsmöglichkeiten bei der Bewältigung von Erkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen; Optionen für medizinische Behandlungen
- Bewältigung psychosozialer Problemlagen, auch im Zusammenhang mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen, Suchterkrankungen sowie mit Familienangehörigen
- Bewältigung von Erziehungsfragen
- Klärung und Bearbeitung von Schwierigkeiten in der Beziehung und von Konflikten in der Familie, am Arbeitsplatz
- Bewältigung des Alltags und ggf. Organisation von alltagspraktischer Unterstützung
- Klärung und ggf. Verbesserung der Wohnsituation
- Klärung und Bewältigung finanzieller Notlagen, ggf. Schuldnerberatung
- Suchen von Angeboten der Selbsthilfe und Unterstützung der Selbsthilfearbeit

Gegenüber lebensweltlich orientierten Beratungsangeboten beschäftigen sich die trägerspezifische und die trägerübergreifende Beratung zur Teilhabe im Hinblick auf Leistungen zur Teilhabe auf die spezielle Klärung, Ermittlung und Gestaltung von Leistungen zur Teilhabe. Damit ist der Fokus deutlich spezifischer und begrenzter. Es kann nicht erwartet werden, dass Menschen mit Beeinträchtigungen, denen eine Behinderung droht oder die behindert sind, ihre sehr persönlichen Fragen in einer Beratungssituation, die die Inanspruchnahme von Leistungen sowie letztlich ihr Arbeitsverhältnis und ihre Leistungsansprüche finanzieller und sachlicher Art betreffen, offen und umfassend thematisieren. Auch können Rehabilitationsträger nicht für alle Probleme der Lebensführung zuständig sein. Andererseits interferieren private Problemlagen mit denen der Bewältigung von Beeinträchtigungen der Gesundheit und der Teilhabe und einer möglichen Inanspruchnahme von Leistungen – sei es, dass diese bereits bezogen werden, sei es, dass sie neu beantragt werden müssen. Eine Trennung nach Beratungsanlässen ist meist schwierig.

Deshalb ist es von großer Bedeutung, dass Menschen mit Behinderung eine Beratungsmöglichkeit zu Leistungen der Teilhabe finden können, die beides miteinander verbinden kann und bei der der Klient sicher sein kann, dass nicht Trägerinteressen die Beratung dominieren oder dass ihm daraus ggf. Nachteile erwachsen können. Dies ist insbesondere im Zusammenhang mit Problemen am Arbeitsplatz der Fall. Eine Beratungsstelle bei einem Träger kann dies nur schwer verwirklichen. Deshalb gilt es zum einen, die vorgelagerten Beratungsangebote zu unterstützen und auch für die Bedarfsermittlung und die Optionen der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe zu qualifizieren. Zum anderen bedarf es einer ergänzenden trägerunabhängigen Beratungsstelle für die Fälle, in denen private Problemlagen von großer Relevanz sind und wo das Vertrauen in die Träger fehlt. Um den Bedarf an einer solchen Beratungseinrichtung gering zu halten, sollten sich die trägerspezifischen und trägerübergreifenden Beratungsangebote um Vertrauensbildung für ihr Angebot bemühen.

Eine trägerübergreifende Beratung kann dies wahrscheinlich eher leisten als eine trägerspezifische. Diese wird darüber hinaus dann benötigt, wenn Leistungen mehrerer Träger in Betracht kommen und eine umfassende Abklärung sowie eine enge Abstimmung erforderlich sind.

Die oben genannte trägerunabhängige Beratungsstelle muss so konstruiert sein, dass sie nicht von den Interessen von Einrichtungen und Diensten einseitig dominiert wird. Theoretisch wäre also für unabhängige Beratung eine eigene Beratungsstruktur erforderlich. Es fällt schwer, sich eine solche Beratungsstruktur vorzustellen, die mit vertretbarem Aufwand und umfassend qualifiziert (Kenntnisse und Erfahrungen in allen Bereichen der Leistungen zur Teilhabe) den überwiegenden Anteil der Teilhabeberatung leisten kann. So wird es darauf ankommen, Beratungsangebote so zu konzipieren, dass sie zumindest in Bezug auf die jeweilige Fragestellung unabhängig sind. Gleichwohl wird es in einem noch zu beschreibendem Umfang notwendig sein, auch unabhängige Beratungsangebote vorzuhalten. Es bietet sich an, diese unabhängigen Beratungsangebote an lebensweltbezogene Beratungseinrichtungen anzubinden. Als Vorbild können dabei die integrierten Beratungsstellen der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Beratungsangebote der Selbsthilfe dienen. Diese wären dann um Mitarbeiter mit Kompetenzen im Bereich der Leistungen zur Teilhabe für Menschen mit Behinderung zu ergänzen bzw. dort vorhandene Mitarbeiter wären dafür zu qualifizieren.

5.3. Zur Förderung der Beratung im Hinblick auf die Förderung der Teilhabe und ihre gesetzlichen Grundlagen

Die DVfR geht davon aus, dass bereits jetzt schon zahlreiche Beratungsmöglichkeiten existieren, für die z. T. auch gesetzliche Grundlagen vorliegen. Auf einen Teil davon wurde oben bereits hingewiesen.

Innerhalb der DVfR wird die Notwendigkeit einer gesetzlichen Konkretisierung, der Umfang der Verantwortung für die Beratung durch die Sozialleistungsträger sowie die Umsetzung eines Beratungsanspruchs in Form einer besonderen Beratungsstruktur unterschiedlich gesehen. Insofern stellen die nachfolgenden Vorschläge verschiedene Optionen zur Diskussion.

1. Im Zuge des BTHG-Prozesses sollten die gesetzlichen Grundlagen für die Beratung weiterentwickelt werden, z. B.:
 - a. Formulierung eines Anspruchs auf unabhängige Beratung der Menschen mit Behinderung, von Behinderung bedrohter Menschen und ihren Personensorgeberechtigten zumindest im Hinblick auf die Antragstellung gemäß § 14 SGB IX, im Zusammenhang mit der Bedarfsermittlung und der Teilhabeplanung.
 - b. Diese Beratung kann durch Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Selbsthilfegruppen sowie der Freien Wohlfahrtspflege erfolgen.
 - c. Die Servicestellen werden in ihrem Beratungsangebot gestärkt und erhalten die Aufgabe, die Betroffenen bei der Auswahl und der Beteiligung unabhängiger Beratungsstellen zu unterstützen bzw. andere regionale Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen.
 - d. Bei der Förderung der Selbsthilfe wird die Beratung durch Betroffene berücksichtigt.
 - e. Die Rehabilitationsträger erhalten die ausdrückliche Aufgabe, eine leistungsträger- und leistungserbringerunabhängige Beratung zu fördern unter besonderer Berücksichtigung des Persönlichen Budgets.
 - f. Die Rehabilitationsträger sollten Vereinbarungen über die Qualitätskriterien zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der unabhängigen Beratung schließen.
 - g. Die Beratung ist sowohl als Bestandteil des Verfahrens der Träger als auch als Leistung zu definieren. Für die Vergütung von Leistungen gilt § 21 SGB IX.
 - h. Die Aufgaben der Landesärzte für Menschen mit Behinderungen nach § 62 SGB IX werden um die Beratung erweitert.
 - i. Die Bundesländer erhalten die Aufgabe, für ein durchgängiges Beratungsangebot zu sorgen, ggf. mit Hilfe der regionalen Arbeitsgemeinschaft nach § 12 SGB IX.
 - j. Die Beratung im Hinblick auf die Förderung der Teilhabe wird Aufgabe der vertragsärztlichen Versorgung, z. B. durch eine Ergänzung des § 73 Abs. 2 SGB V, ggf. einschl. einer Qualifizierung. Dadurch besteht die Möglichkeit einer Vergütung innerhalb des EBM.

2. Die allgemeine Beratung durch vorhandene Dienste und Einrichtungen wird bedarfsgerecht ausgebaut und ggf. vermehrt auf die Teilhabe hin ausgerichtet:
 - a. Die Beratungsangebote während der verschiedenen Rehabilitationsleistungen werden im Hinblick auf ihre Bedarfsgerechtigkeit überprüft und dem Bedarf entsprechend angepasst bzw. ausgebaut.
 - b. Das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V, die Beratung durch die Pflegestützpunkte, bietet verstärkt auch Beratung zu Teilhabeleistungen an.
 - c. Der öffentliche Gesundheitsdienst und der MDK sollten ihre Beratungsaufgaben verstärkt im Hinblick auf die Teilhabe wahrnehmen.
 - d. Die Vertragsärzte sowie die Betriebsärzte erhalten im Hinblick auf die Beratung zur Förderung der Teilhabe ein Qualifikationsangebot.
 - e. Der allgemeine Sozialdienst sowie die Beratungsdienste der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Beratungsdienste und -einrichtungen der Selbsthilfe erhalten ein Qualifikationsangebot im Hinblick auf die Beratung zur Förderung der Teilhabe.
 - f. Organisationen, die Personensorgeberechtigte und gesetzliche Betreuer unterstützen (z. B. Betreuungsvereine), erhalten ein Qualifikationsangebot im Hinblick auf die Beratung zur Förderung der Teilhabe.
3. Der Erwerb von Qualifikationen im Bereich der Förderung der Teilhabe für die in den §§ 60 ff. SGB IX genannten Personengruppen wird erleichtert und gefördert.
 - a. Unter Nutzung der vorhandenen Basismaterialien (z. B. die Publikationen der BAR und der Reha-Träger) werden für die Qualifikationsangebote geeignete Materialien und Fortbildungsangebote entwickelt.
 - b. Die Förderung der Teilhabe wird verstärkt Thema der Aus- und Weiterbildungsordnungen der Gesundheitsberufe einschl. der sozialen Arbeit sowie der pädagogischen Berufe einschl. der Lehrerausbildung.
 - c. Die Förderung der Teilhabe und die darauf bezogene Beratung wird regelhafter Bestandteil der Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).
4. Die Beratung im Hinblick auf die Förderung der Teilhabe wird verstärkt Gegenstand der Teilhabeforschung.

5.4. Zusammenfassende Forderungen der DVfR zur Beratung im Kontext des BTHG-Prozesses

Im Zusammenhang der Weiterentwicklung der bisherigen Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht lassen sich die Vorschläge der DVfR folgendermaßen zusammenfassen:

1. Es sollte eine plurale Beratungsstruktur geben, die sowohl lebensweltliche, trägerspezifische, trägerübergreifende und unabhängige Komponenten enthalten sollte. Dabei sind regional unterschiedliche Ausgestaltungen vorstellbar. Die Beratung ist fachlich

und organisatorisch so auszurichten, dass sie für den Menschen mit Behinderung niedrigschwellig erreichbar ist, und soll ohne Prüfung von Einkommen und Vermögen erfolgen. Es kann sinnvoll sein, die Beratungsverpflichtungen, die für verschiedene Experten an mehreren Stellen gesetzlich, u. a. in § 61 SGB IX vorgesehen sind, im Hinblick auf die Beratungsbedarfe von Menschen mit Teilhabebeeinträchtigungen zu konkretisieren.

2. Sofern der Mensch mit Behinderung eine gesundheitliche Beeinträchtigung aufweist, die zur Beeinträchtigung der Teilhabe führen kann, erhält er im Zusammenhang eines Bedarfsfeststellungsverfahrens einen Anspruch auf fünf, in komplexen Fällen zehn Beratungseinheiten, deren Erbringung er aus einem pluralen Beratungsangebot der Region auswählen kann. Er erhält in besonderen Fällen, insbesondere bei komplexer Problematik oder bei Beteiligung mehrerer Träger, ferner einen Anspruch auf ein Fallmanagement. Die Leistungen der Beratung und des Fallmanagements sind im SGB IX gesetzlich zu verankern.
3. Der Beratung im Vorfeld und während eines BFV kommt besondere Bedeutung zu. Der Mensch mit Behinderung soll dabei auf Beratungseinrichtungen und -dienste zurückgreifen können, die ausschließlich seinem Interesse verpflichtet sind und Gewähr für eine fachliche und qualifizierte Beratung bieten. Diese Beratungsangebote treten neben die Beratung durch die Rehabilitationsträger. Solche Beratungsangebote sollen auch Peer-Counseling-Angebote enthalten. Für die Bereitstellung einer ausreichenden und nachweislich qualifizierten Beratungsstruktur sollen die Bundesländer verantwortlich sein.