

Münster, 31.03.2004

Stellungnahme
der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe
(BAGüS)
zur Erstellung des
5. Berichtes der Bundesregierung über
die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe

I.
Allgemeines

Nachdem das SGB IX seit annähernd drei Jahren in Kraft ist, kann festgestellt werden, dass die mit dem Gesetz verfolgten wesentlichen Ziele des Gesetzgebers eingeleitet sind. Dies betrifft vor allem

- die Gleichstellung behinderter Menschen im Sozialrecht,
- die Vereinheitlichung des Rehabilitationsrechts und
- die Optimierung der Systeme durch verbesserte Kooperation und Koordination.

Allerdings muss in einer ersten Bilanz kritisch angemerkt werden, dass diese Ziele mit den bestehenden gesetzlichen Regelungen nicht oder nur schwer erreicht werden können, da sich einzelne Vorschriften des Gesetzes nicht als praxistauglich (z.B. §§ 13, 14), als kaum verständlich (z.B. § 30) oder aber als unterschiedlich auslegbar und damit streitbefangen (z.B. § 40) erwiesen haben.

Auch das Verhältnis der Vorschriften des SGB IX zu den Vorschriften der Leistungsgesetze der jeweiligen Rehabilitationsträger führt trotz der Regelung des § 7 immer wieder zu Anwendungsproblemen, insbesondere dann, wenn die Regelungen des SGB IX über den in den jeweiligen Leistungsgesetzen beschriebenen Leistungsumfang hinausgehen (z.B. § 26, 30).

Ausdrückliches Ziel des Gesetzgebers war es, die Abläufe des Rehabilitationsverfahrens zu straffen und zu koordinieren. Erreicht werden soll dies durch Verbesserung der Strukturen für die Zusammenarbeit von Leistungsträgern, Leistungserbringern und Leistungsempfängern.

Zum jetzigen Zeitpunkt ist festzustellen, dass angesichts des bestehenden gegliederten Systems der angestrebte Paradigmenwechsel in der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger hin zu einer engeren Koordination nur in einem längeren Prozess erreichbar scheint. Denken und Handeln der für die Rehabilitationsträger tätigen Personen ist nach wie vor oftmals nicht durch eine komplexe Sichtweise geprägt, sondern orientiert am eigenen Leistungsrecht.

Die BAGüS nimmt im Nachfolgenden zu den gestellten Fragen Stellung, soweit die überörtlichen Träger der Sozialhilfe direkt oder indirekt betroffen sind oder ihnen Erkenntnisse vorliegen.

Sie erinnert daran, dass sie bereits im August 2002 in ihren Reformvorschlägen¹ auf Umsetzungsprobleme des Gesetzes hingewiesen und erste Vorschläge zur Weiterentwicklung des SGB IX unterbreitet hat, die bisher noch nicht umgesetzt sind. Des Weiteren wird auf die Stellungnahme der BAGüS zum Stand der Umsetzung des SGB IX² verwiesen.

Hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen des SGB IX für die überörtlichen Träger der Sozialhilfe hatte die BAGüS bereits zum 31.12.2001 eine erste Zwischenbilanz gezogen.³ Es wird unterstellt, dass die Ergebnisse in den an das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) in Köln vergebenen Auftrag zur Ermittlung der finanziellen Auswirkungen des SGB IX einfließen werden, sodass in dieser Stellungnahme auf die Fragen zu den finanziellen Auswirkungen nicht eingegangen wird.

II.

Antworten auf einzelne Fragen des Fragenkatalogs der Bundesregierung

1. Grundlagen

1.1 **Paradigmenwechsel in der Politik für behinderte Menschen - Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, allgemeine Ausführungen zur Gesetzgebung in den letzten Jahren**

siehe hierzu die einleitenden Ausführungen unter I.

1.2. **Wurde das Ziel erreicht, das Recht der Rehabilitation und Teilhabe übersichtlicher zu gestalten?**

Die BAGüS ist im Grundsatz der Auffassung, dass durch ein zusätzliche Gesetz bei Fortbestehen der geltenden Gesetzes eine bessere Übersichtlichkeit kaum erreicht werden kann. Dies betrifft nicht nur Menschen, die sich um

¹ Reformvorschläge der BAGüS zur Weiterentwicklung des BSHG, SGB IX und SGB XI vom 12. August 2002

² Stellungnahme vom 02. Oktober 2003 aus Anlass der öffentlichen Anhörung der Koalitionsarbeitsgruppe „Menschen mit Behinderungen“ am 13. 11.2003 in Berlin

³ Stellungnahme vom 1.12.2002

(alle drei Stellungnahmen sind abrufbar auf der Internetseite der BAGüS)

Leistungen kündigt machen wollen, aber im Lesen von Rechtsvorschriften un-geübt sind, sondern angesichts der Komplexität der Sozialrechtsmaterie auch zunehmend die vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Behörden, deren tägliche Aufgabe es ist, den stets zunehmenden Vorschriftenberg zu be-achten und umzusetzen.

Insofern konnte mit dem SGB IX nur in Teilbereichen eine bessere Übersicht-lichkeit des Sozialleistungsrechtes erreicht werden, z.B. indem Inhalt und Voraussetzungen von Teilhabeleistungen, die von verschiedenen Rehabilita-tionsträgern nach gleichen gesetzlichen Vorgaben zu erbringen sind, nur noch im SGB IX geregelt werden. Dies betrifft vor allem die Vorschriften über die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (hier insbesondere das Werkstätten-recht).

Nachbesserungsbedarf wird bei den Regelungen über die Leistungen zur me-dizinischen Rehabilitation gesehen.

1.3. Wie ist der Stand der Diskussion zum Behinderungsbegriff?

Die mangelnde Übersichtlichkeit des gesamten Rehabilitationsrechts hat auch eine wesentliche Ursache darin, dass gesetzesübergreifende Begriffe in den jeweiligen Leistungsgesetze unterschiedlich definiert werden. Dies gilt vor al-lem für den Behinderungsbegriff. Die zusätzliche Definition in § 2 SGB IX hat nicht zu einer Harmonisierung geführt und war daher nicht hilfreich.

1.4. Wie wird der Anspruch des SGB IX erfüllt, Leistungen zur Teilhabe „nach Lage des Einzelfalls so vollständig, umfassend und in gleicher Qualität“ zu erbringen, „dass Leistungen eines anderen Trägers mög-lichst nicht erforderlich werden“?

An der vollständigen und umfassenden Leistungserbringung mangelt es aus Sicht der BAGüS nach wie vor mit der Folge, dass der nachrangig zuständige Sozialhilfeträger ersatzweise Leistungen erbringen muss, wenn die Lei-stungsabgrenzungen nicht streitfrei sind. Dies betrifft vor allem das Verhältnis der Träger der medizinischen Rehabilitation untereinander. Im übrigen führt die Verankerung der Sozialhilfeträger als Rehabilitationsträger im SGB IX ver-stärkt dazu, dass die vorrangigen Rehabilitationsträger den Nachrang der So-zialhilfe negieren und die Beteiligung des Sozialhilfeträgers bei komplexen Leistungen fordern (z.B. anteilige Teilhabeleistungen auch im Rahmen med. Rehabilitation). Dies widerspricht jedoch dem zu unterstützenden Ansatz der vollständigen und einheitlichen Leistungserbringung.

Werden die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig und nach Gegenstand einheitlich erbracht?

Ein wesentlicher Mangel besteht zweifelsfrei nach wie vor in der trägerbezo-genen Sichtweise von Rehabilitationsgeschehen. So kommt es in der Regel insbesondere bei psychisch behinderten und suchtkranken Menschen nur sel-ten dazu, dass der zunächst leistende Rehabilitationsträger sich frühzeitig um die Koordination notwendiger Folgemaßnahmen kümmert, insbesondere wenn diese nicht dem medizinischen Bereich zuzuordnen sind.

Auch heute noch werden stationäre medizinische Maßnahmen befristet oder nicht verlängert ohne rechtzeitig den weiteren Rehabilitationsverlauf mit den in Frage kommenden Trägern abzustimmen. Viele Probleme und Streitigkeiten könnten vermieden werden, wenn die zuerst Leistenden ihrer Verantwortung nach § 10 SGB IX gerecht würden.

Welche verwaltungstechnischen und finanziellen Einsparungen ergeben sich daraus?

Bei konsequenter Beachtung der Regelungen des § 10 SGB IX könnten erhebliche Reibungsverluste und Streitverfahren vermieden werden. Dies hätte sowohl eine verwaltungsentlastende als auch kostenmindernde Wirkung.

1.5. Wie wird der Anspruch des SGB IX umgesetzt, Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder so zu planen und zu gestalten, „dass nach Möglichkeit Kinder nicht von ihrem sozialen Umfeld getrennt und gemeinsam mit nicht behinderten Kindern betreut werden“?

Die BAGüS unterstützt dieses Anliegen uneingeschränkt. Ihre Mitglieder bemühen sich seit vielen Jahren, die in ihren Zuständigkeitsbereich fallenden Hilfen im teilstationären und vollstationären Bereich so zu gestalten, dass eine integrative Erziehung und Förderung behinderter Kinder im Vorschulalter erfolgt und die Kinder durch ein ortsnahes Angebot soweit wie möglich in ihrem sozialen Umfeld verbleiben können.

Dies wurde sowohl durch Öffnung von Sonderkindergärten für nicht behinderte Kinder erreicht, als auch durch Eingliederungsangebote für behinderte Kinder in Tageseinrichtungen für Kinder (Kindergärten, Horte etc).

Als wesentliche Hemmnisse haben sich dabei erwiesen, dass

- die Leistungen der Sozialhilfe in teilstationären Sonderkindergärten mit den ambulanten Eingliederungsleistungen in Regeleinrichtungen nicht harmonisiert sind⁴
- die begleitend notwendigen medizinisch therapeutischen Maßnahmen (u.a. Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie) durch die Krankenkassen nicht integrativ erbracht werden.

Die BAGüS bedauert, dass trotz der Regelungen in § 30 SGB IX aufgrund des massiven Widerstandes der Krankenkassen seit Jahren kein Fortschritt zugunsten der betroffenen Kinder erreicht werden kann.

Welche finanziellen Auswirkungen ergeben sich hieraus?

Die leistungsrechtliche Harmonisierung der Vorschriften würde die finanziellen Barrieren der integrativen Erziehung bei behinderten Kindern im Vorschulalter abbauen und damit auch ausgabemildernd wirken.

⁴ Die BAGüS hat wiederholt, letztmalig in ihrer Stellungnahme zu den Reformüberlegungen des Bundes und der Länder in der Sozialhilfe vom 28.10.2003, bisher erfolglos gefordert, die Regelung des § 43 Abs. 2 BSHG nicht in das SGB XII zu übernehmen, damit Eltern von behinderten Kindern, die Leistungen in Sonderkindergärten in Anspruch nehmen, nicht besser gestellt werden, als Eltern von Kindern, die ein Leistungsangebot in einem integrativen Kindergarten wählen

Die frühzeitige Wahrnehmung der Verantwortung für die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen durch die Krankenkassen würde den Zielen der Prävention und Rehabilitation entsprechen und Folgekosten durch Spätfolgen verhindern helfen.

1.6. Wie wird die Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechtes der Leistungsberechtigten durch alle Rehabilitationsträger gehandhabt?

Das Wunsch- und Wahlrecht ist von Anfang an eines der Grundprinzipien des BSHG (§ 3 Abs. 2) gewesen und wird deshalb in alle Ermessensentscheidungen der Sozialhilfeträger einbezogen. Allerdings ist im Sozialhilferecht das Wunsch- und Wahlrecht auf die Angemessenheit beschränkt, wobei der Sozialhilfeträger Wünschen nicht zu entsprechen braucht, deren Erfüllung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden wäre. Durch diese Einschränkung geht § 3 Abs. 2 BSHG der weitergehenden Vorschrift des § 9 Abs.1 SGB IX vor.

Gab es Beschwerden, wenn dieses Prinzip nicht berücksichtigt wurde?

Beschwerden, die sich durch das Verhältnis von § 9 SGB IX zu § 2 BSHG ergeben, sind der BAGüS bisher nicht bekannt geworden.

1.7. Wie wird den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer schweren Behinderung bedrohter Männer und Frauen Rechnung getragen?

Die BAGüS ist im Gesetzgebungsverfahren zum SGB IX dafür eingetreten, dass diese Verpflichtung für alle Rehabilitationsträger gilt und nicht nur, wie zunächst in den Vorentwürfen des Gesetzes vorgesehen, für die Sozialhilfeträger.

Den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe sind die Hilfen für den Personenkreis der seelisch behinderten Menschen seit geraumer Zeit ein besonderes Anliegen. Sie bedürfen auch deshalb erhöhter Aufmerksamkeit, weil ihre Zahl seit Jahren überproportional zunimmt, und zwar bei allen Rehabilitationsträgern.

Vor allem der hohen Nachfrage nach speziellen Arbeitsplätzen für psychisch behinderte Menschen haben die überörtlichen Träger der Sozialhilfe in den vergangenen Jahren Rechnung getragen, indem ein Schwerpunkt der Werkstättenförderung auf den Ausbau besonderer Werkstätten oder Werkstattabteilungen für psychisch behinderte Menschen gelegt wurde⁵. Ebenso hatte die Schaffung von therapeutischen Wohngemeinschaften und sonstigen geeigneten Wohnformen für psychisch behinderte Menschen ein besonderes Gewicht⁶.

Hinsichtlich der zügigen und umfassenden Leistungsgewährung für diesen besonderen Personenkreis, aber auch suchtkranker Menschen, sehen die Mitglieder der BAGüS große Probleme im Verhältnis zu den Trägern der medizinischen Rehabilitation (s. hierzu Ziffer 1.4).

⁵ vgl. hierzu Bericht der Fa. con_sens, Seite 24, Kap. 4.2.5

⁶ s. hierzu Benchmarking-Bericht der BAGüS 2001/2002, Seite 24, Ziffer 4.2.5

1.8. Welche Erfahrungen ergeben sich aus dem Zuständigkeitsklärungsverfahren?

Die BAGÜS ist der Ansicht, dass die im Grundsatz zu unterstützenden Bemühungen des Gesetzgebers zur Beschleunigung der Verwaltungsverfahren nur zum Erfolg führen werden, wenn § 14 praxisgerechter und streitfrei formuliert wird. Dazu gehört auch, dass die im Gesetz vorgegebenen Fristen in der täglichen Arbeit auch einzuhalten sind.

Deshalb spricht sich die BAGÜS für eine baldige Änderung von § 14 SGB IX aus, da es ansonsten zu einer Vielzahl weiterer Rechtsstreitigkeiten zur Auslegung und Anwendung dieser Vorschrift kommen wird mit der Folge großer Rechtsunsicherheit bei allen Beteiligten über viele Jahre hinweg.

Die im Entwurf des Gesetzes zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung⁷ vorgesehenen Änderungen sind nicht ausreichend, um eine eindeutige und damit streitfreie Gesetzesgrundlage für die Praxis zu schaffen.

Insbesondere bestehen Zweifel, ob die Fristen für die Begutachtungen in der Praxis überhaupt eingehalten werden können. Auf die von Praktikern immer wieder vorgebrachten Zweifel (s. Diskussion in der Fachgruppe der BAR zur gemeinsamen Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“) wird verwiesen.

In welchem Umfang hat sich die Verfahrensdauer vom Eingang der Anträge bis zur Entscheidung verringert?

Die Regelung hat dazu geführt, dass Anträge, die den Vorgaben des § 14 SGB IX unterliegen, bei den Sozialhilfeträgern zu Lasten anderer Arbeiten bzw. Anliegen vorgezogen werden müssen. Dies führt insgesamt zu keinem befriedigenden Ergebnis. Eine statistische Erfassung der Zeitersparnis konnte, da dies zu einer zusätzlichen Arbeitsbelastung geführt hätte, angesichts des Arbeitsanfalls bei den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe nicht geleistet werden.

Hat sich die Anzahl der ablehnenden Bescheide erhöht?

Dies ist insgesamt nicht feststellbar, da im Falle einer Unzuständigkeit auch in der Vergangenheit praktikable Wege der Bearbeitung durch den zuständigen Rehabilitationsträger gefunden wurden, ohne dass dies zu Lasten der Betroffenen ging.

Werden die Fristen für die Klärung der Zuständigkeit eingehalten? In wie vielen Fällen wurden die Fristen nach § 14 SGB IX nicht eingehalten?

Die Fristen des § 14 SGB IX werden soweit eben möglich eingehalten – mitunter jedoch zu Lasten der Bearbeitung anderer Anliegen bzw. Bewältigung anderer Aufgaben. Statistische Aufzeichnungen hierüber können aus arbeitsökonomischen Gründen nicht geführt werden.

⁷ BT-Drucksache 15/1783

Wie lange müssen im Durchschnitt Leistungsberechtigte auf den Bescheid und auf die Leistung warten?

Die Einhaltung der Fristen bedeutet, dass auch die Bescheiderteilung nach Maßgabe der geltenden Fristen erfolgt.

Inwiefern und in welcher Höhe konnten durch Reduzierung der Fristen Kosten eingespart werden?

Für die überörtlichen Träger der Sozialhilfe hat die Einhaltung der Fristen nach § 14 SGB IX keine Kosten einsparende Wirkung. Im Gegenteil, der erforderliche Verwaltungsaufwand hat sich durch die Regelung spürbar erhöht.

1.9 Werden die Fristen für die Erstellung von Gutachten eingehalten? In wie weit werden einmal erstellte Gutachten für Entscheidungen anderer Leistungsträger genutzt? In wie weit werden Gutachter anderer Rehabilitationsträger für die Begutachtung in Anspruch genommen? Werden dem Leistungsberechtigten drei Gutachter benannt? Ist die Wohnortnähe der Gutachter gesichert? Wird der Leistungsberechtigte über die Möglichkeit informiert, einen Gutachter zu wählen?

Die Fragen zu den Gutachten stellen sich für die überörtlichen Träger der Sozialhilfe im Regelfall nicht. In der Sozialhilfe ist es ein seit Jahren Praxis, dass zur Feststellung des Bedarfs eines Antragsteller die eigenen medizinischen Dienste (Gesundheitsämter, Landesärzte, medizinisch-pädagogische Dienste) eingeschaltet werden. Oftmals werden auch gutachtliche Stellungnahmen anderer Rehabilitationsträger einbezogen (z.B. psychologische Gutachten der Bundesagentur für Arbeit bei der Entscheidung über Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen). Deshalb bedurfte es bisher externer Gutachter nicht, zumal aus der Praxis verlautet, dass nur wenige Ärzte/Fachärzte zur Verfügung stehen, die über umfassende Kenntnisse über das gesamte Rehabilitationsrecht verfügen und daher für die notwendigen Begutachtungen geeignet wären. Beschwerden von Antragstellern über diese weiterhin geübte Praxis sind nicht bekannt geworden.

Welche Kosteneinsparungen ergeben sich?

Durch die Gutachter würden sich keine Kosteneinsparungen ergeben, solange die Sozialhilfeträger über eigene geeignete Fachdienste verfügen müssen. So sind die Gesundheitsämter durch § 59 SGB XII ab 1.1.2005 sogar verpflichtet worden, den Rehabilitationsbedarf behinderter Menschen festzustellen. Bei Einschaltung externer Gutachter kämen diese Kosten zu den Personalkosten für eigene Fachdienste noch hinzu.

1.10. Sind den Trägern der öffentlichen Sozial- und Jugendhilfe durch § 14 SGB IX Verwaltungskosten entstanden, die ihnen nicht von den vorrangig zuständigen Rehabilitationsträgern erstattet wurden?

Es liegen keine Erkenntnisse hierzu vor.

1.11. Wie wird der Auftrag des § 13 an die Rehabilitationsträger erfüllt, zur Sicherung der Zusammenarbeit nach § 12 Abs. 1 SGB IX gemeinsame Empfehlungen zu vereinbaren? Wurde der in § 13 Abs. 6 SGB IX genannten Verpflichtung bei der Ausgestaltung der gemeinsamen Empfehlungen Rechnung getragen?

Das Instrument der gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 SGB IX hat sich aus Sicht der BAGüS nicht bewährt. Der personelle und zeitliche Aufwand für die Beratungen hierüber ist angesichts der Fülle der Aufgaben der überörtlichen Träger der Sozialhilfe kaum zu bewältigen.

Auch sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen für das Zustandekommen von gemeinsamen Empfehlungen, die für die Praxis vor Ort konkrete Hilfen sein sollten, teilweise unzureichend, sodass alleine daran das Zustandekommen konkreter Vereinbarungen scheitert. Als Beispiel stehen hierfür die gescheiterten Vereinbarungen zur Frühförderung und Früherkennung nach § 30 sowie die umstrittene Vereinbarung zur Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX. Gemeinsame Empfehlungen können nur dann gemeinsam getragen werden und der Praxis eine wichtige Hilfestellung bieten, wenn die gesetzlichen Grundlagen eindeutig sind. Dies trifft für die genannten Vorschriften jedoch nicht zu.

Darüber hinaus muss angesichts der zunehmenden Forderungen nach Stärkung der Verantwortung der Länder und Abkehr bundesstaatlicher Regulierung⁸ bezweifelt werden, ob mit dem Instrument der gemeinsamen Empfehlungen bundesweit geltende gleichmäßige Voraussetzungen geschaffen werden können, die für alle Rehabilitationsträger verbindlich gelten und zu denen der Bund und alle 16 Bundesländer ihr Einvernehmen erteilen.

1.13 Mit welchen Modellprojekten wurde die Einführung persönlicher Budgets durch die Rehabilitationsträger erprobt, und welche Erfahrungen gibt es?

Ein Modellprojekt läuft bereits seit Jahren in Rheinland-Pfalz; die Ergebnisse sind veröffentlicht und mehrfach dokumentiert worden.

Zwei weitere Modellprojekte wurden zu Beginn des Jahres 2003 in Baden-Württemberg und Hamburg begonnen, sind jedoch schleppend angelaufen. Insbesondere der Versuch der Einbeziehung der übrigen Rehabilitationsträger ist nicht gelungen.

Auch bei den Bezirken Mittelfranken und Unterfranken sind gerade Modellprojekte angelaufen.

Wie viele persönliche Budgets wurden bewilligt?

Bis Ende 2003 wurden in Baden-Württemberg 31, in Hamburg 6 und in Mittelfranken 10 Persönliche Budgets bewilligt.

⁸ (s. Beschluss des Bundesrates vom 26.09.2003 – BR-Drs 559/03 – zum Entwurf eines Gesetzes zur Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe – SGB XII-E -)

Wie sind die finanziellen Erfahrungen bei der Nutzung des persönlichen Budgets?

Da die Persönlichen Budgets maximal auf den Betrag begrenzt sind, der bei Erbringung der Leistungen in „klassischer Form“ aufzuwenden gewesen wäre, führten die Budgets nicht zu Kostenerhöhungen; nennenswerte Kosteneinsparungen sind zur Zeit ebenfalls nicht nachweisbar. Für Rheinland-Pfalz wird auf die begleitenden Veröffentlichungen verwiesen.

Ist eine finanzielle Entlastung durch Effizienzsteigerung eingetreten?

Über die finanziellen Entlastungen können noch keine Aussagen gemacht werden. Für Rheinland-Pfalz wird auf die begleitenden Veröffentlichungen verwiesen.

1.15. Gemeinsame Servicestellen

Die überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die selbst nur in wenigen Fällen Träger von gemeinsamen Servicestellen sind, können feststellen, dass nach ihrer Kenntnis behinderte Menschen oder ihre Angehörigen, die Leistungen nach dem BSHG benötigen, nur selten die gemeinsamen Servicestellen aufsuchen. Das hat unseres Erachtens nicht nur seine Ursache in mangelnder Bekanntheit.

Vielmehr sind wir davon überzeugt, dass behinderte Menschen und ihre Angehörigen in den spezifischen Fragen der Eingliederungshilfe schon in der Vergangenheit durch die überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie durch die in vielen Städten, Kreisen und Gemeinden vorhandenen Beratungsstellen der Sozial- und Gesundheitsämter umfassend beraten wurden.

Belegt werden kann dies durch die Erfahrungen des Landeswohlfahrtsverbandes Kassel. Dort wurden bei 210 Arbeitstagen lediglich 105 Kontaktaufnahmen verzeichnet, die jedoch nicht überwiegend die Sozialhilfe betrafen.

Dies gilt auch für die Beratung über Leistungen nach den vorrangigen Sozialleistungssystemen, über die Mitarbeiter der Sozialhilfeträger aufgrund des Nachranges der Sozialhilfe gute Kenntnisse haben müssen. Hingegen sind den Mitarbeitern der vorrangigen Rehabilitationsträger die speziellen Regelungen des in der Fürsorge verankerten Sozialhilferechts fremd und auch nur schwer zugänglich.

Informationen über Mängel beim barrierefreien Zugang zu den gemeinsamen Servicestellen liegen der BAGüS nicht vor.

Welche Kosten ergaben sich bei den Trägern der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe durch die Beteiligung an den Gemeinsamen Servicestellen?

Der Landeswohlfahrtsverband in Kassel hat etwa 30.000 € für notwendige bauliche Anpassungen/Veränderungen sowie Einrichtungen investiert. Zusätzliche Personalkosten sind nicht entstanden.

1.15.6. In wie weit und in welcher Höhe wurden durch die Verkürzung der Wartezeiten infolge der Tätigkeit der Gemeinsamen Servicestellen Kosten eingespart?

Kosteneinsparungen sind durch die Inanspruchnahme der Servicestellen nicht eingetreten, zumal in der Regel hierdurch auch bei den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe auch keine Zeitersparnis eingetreten ist.

2. Vorsorge-, Früherkennung, Frühbehandlung und Frühförderung

2.2. Darstellung der Entwicklung auf dem Gebiet der Früherkennung und Frühförderung

Für die Frühförderung sind in der Regel die örtlichen Träger der Sozialhilfe zuständig, da es sich überwiegend um ambulante Maßnahmen handelt. Es liegen lediglich Erkenntnisse aus den Stadtstaaten vor. Hier ist es durch die Bestimmung des § 30 SGB IX nicht zu Verbesserungen im Umfang und in der Qualität des Angebotes gekommen, da die Auslegung dieser Vorschrift zwischen den Sozialhilfeträgern und der gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin streitig ist.

2.2.2 Welche Auswirkungen hat die Frühförderungsverordnung?

Die Frühförderungsverordnung hat nicht die notwendige Klarheit gebracht und war dabei für die Praxis nicht streitklärend. Die BAGüS ist nach wie vor der Auffassung, dass die Regelungen in § 30 SGB IX klarer gefasst und streitfrei formuliert werden müssen

3. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

3.1. Stehen die erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung?

Aus Sicht der BAGüS stehen für psychisch behinderte und suchkranke Menschen keine ausreichenden Plätze in Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung. Die Gründe liegen sowohl im fehlenden Angebot (insbes. in ländlichen einwohnerarmen Regionen) als auch daran, dass sich die Krankenkassen nach wie vor weigern, mit bestehenden und qualifiziert arbeitenden Einrichtungen Versorgungsverträge nach § 111 SGB V abzuschließen (so z.B. in Baden-Württemberg und NRW). Die finanziellen Folgen gehen nach wie vor zu Lasten der Sozialhilfe, die entweder vorleistungspflichtig ist oder mangels Versorgung alternative Maßnahmen im eigenen Leistungsbereich ergreifen muss.

3.4. Welche Auswirkungen hat § 26 Abs. 3 SGB IX, wonach sog. psychosoziale Leistungen Bestandteil der medizinischen Rehabilitation sind?

§ 26 Abs. 3 SGB IX hat bisher keine positiven Auswirkungen, sondern eher zur Rechtsunsicherheit geführt. Ein Großteil der Kassen vertritt weiterhin un-

beeindruckt von anderslautenden Kommentaren und Darstellungen die Auffassung, dass für ihre Leistungen allein das SGB V maßgeblich ist und deshalb § 26 Abs. 3 SGB IX für sie keine Wirkung entfaltet.

Zur Rechtsklarheit ist ein Rechtsverweis im SGB V auf § 26 SGB IX zum Umfang der Leistungen der medizinischen Rehabilitation unverzichtbar. Auch müsste klargestellt werden, dass die in § 26 Abs. 3 SGB IX genannten Leistungen, wenn sie als Teil der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind, den Leistungen nach §§ 55 f SGB IX vorgehen.

Ergaben sich Mehraufwendungen für die gesetzlichen Krankenkassen und Kostenreduzierungen für die Sozialhilfeträger?

Zu Kostenreduzierungen bei den Sozialhilfeträgern kommt es solange nicht, wie die Krankenkassen auf ihrer Rechtsposition verharren. Vielmehr bindet der Streit über die Anwendung von § 26 Abs. 3 SGB IX erhebliche Arbeitszeit und ist daher für die Sozialhilfeträger kostenbelastend.

3.15. Welche Auswirkungen für die Sozialhilfeträger hatte die Anpassung ihrer Leistungen der medizinischen Rehabilitation an die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung?

Es gibt keine nennenswerten substanziellen Auswirkungen. Diejenigen Leistungen, die bis zum 30.6.2001 nach § 40 Abs. 1 Nr. 1 BSHG erbracht wurden, jedoch nicht der medizinischen Rehabilitation im krankensicherungsrechtlichen Sinne zugeordnet werden können, werden nunmehr nach § 37 BSHG erbracht. Steht die Behandlung in kausalem Zusammenhang mit der Behinderung des behandlungsbedürftigen Menschen, bleibt auch die Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe bestehen.

3.16. Wurden Landesärzte gemäß § 62 SGB IX bestellt, und welche Erfahrungen liegen vor?

Bei dem überwiegenden Teil der überörtlichen Träger der Sozialhilfe waren bereits vor dem Inkrafttreten des SGB IX landesärztliche Dienste eingerichtet bzw. Landesärzte beschäftigt. In Niedersachsen wurde ein landesärztlicher Dienst nach § 62 eingerichtet; in Brandenburg gibt es entsprechende Absichten.

4. Vorschul-, Schul- und Hochschulbildung behinderter Menschen

4.1. Wie hat sich die Anzahl der integrativen Plätze in Kindergärten und Schulen (Grundschulstufe, fortbildende Schulen) entwickelt, und wie werden diese in Anspruch genommen?

Hinsichtlich der Entwicklung der integrativen Erziehung in Kindergärten werden nach wie vor steigende Fallzahlen verzeichnet, und zwar trotz – wenn auch regional unterschiedlich – sinkender Kinderzahl (s. hierzu Ziffer 1.5). Konkrete Zahlen liegen bundesweit jedoch nicht vor. Zur Entwicklung in Schulen kann keine Aussage gemacht werden.

6. Beschäftigung schwerbehinderter Menschen

6.33.4 Welcher Bedarf für Ausbau und Modernisierung wird für die Werkstätten für die Folgejahre gesehen? In wie weit gestaltet sich die Anmietung von Werkstattgebäuden erfolgreich?

Die überörtlichen Träger der Sozialhilfe orientieren sich zur Zeit bei der mittelfristigen Bedarfsplanung an den Ergebnissen der im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung erstellten Gutachtens der Firma con_sens vom Januar 2003. Ob der dort prognostizierte Bedarf realistisch ist, ist von vielen noch unbekanntenen Faktoren abhängig, z.B.

- von der Entwicklung der Arbeitsmarktes und damit der Angebote für Menschen, die aus der Werkstatt auf den allgemeinen Arbeitsmarkt übergehen wollen und können,
- vom Ausbau vorrangiger Eingliederungsangebote oberhalb der Werkstätten sowie von der Schaffung von Kapazitäten für Menschen, die aus den Werkstätten in Integrationsfirmen übergehen sollen,
- inwieweit Qualität und Quantität von Förderlehrgängen und anderen vorrangigen Leistungselementen aufrecht erhalten werden,
- von den Unwägbarkeiten durch neue Abgrenzungskriterien nach dem SGB II zum SGB XII,
- von der Verweildauer in Werkstätten. Aufgrund integrativer Beschulung ist der Zugang immer jüngerer behinderter Menschen festzustellen. Ebenso gibt es vermehrt Wünsche behinderter Menschen, über das Erwerbsalter hinaus in Werkstätten zu verbleiben.

7. Bauen und Wohnen für behinderte Menschen

7.4. Welche Wohnformen für behinderte Männer und Frauen kommen in Betracht?

Die BAGüS hat eine Broschüre mit dem Titel „Wohnformen für Behinderte und sachliche Zuständigkeit nach dem Bundessozialhilfegesetz“ (Stand: 01.12.1997) herausgegeben. Die Broschüre entspricht zwar nicht mehr dem aktuellen Gesetzesstand, ist aber hinsichtlich der Darstellung der in Frage kommenden Wohnformen nach wie vor gültig und umfassend. Es wird daher auf diese Broschüre verwiesen.⁹

7.5 Wie viele behinderte Männer und Frauen wohnen in Heimen, Außenwohngruppen und in den verschiedenen Wohnformen des betreuten Wohnens?

Zum 31.12.2001 (letzte aktuelle Zahl) lebten bundesweit rd. 150.000 behinderte Menschen in Heimen und Außenwohngruppen in der Zuständigkeit der

⁹ zu beziehen über die Geschäftsstelle der BAGüS über die Internetadresse www.bagues.de

überörtlichen Träger der Sozialhilfe. (Es fehlen hierbei die Zahlen aus Niederbayern und Rheinland-Pfalz.)¹⁰

Die Aufgaben des betreuten Wohnens sind nur einigen überörtlichen Trägern der Sozialhilfe, hier zum Teil erst in jüngster Zeit (z.B. NRW, Saarland) übertragen. Dies hat zur Folge, dass das Verhältnis der Heimbewohner zu den Menschen im ambulant betreuten Wohnen stark von einander abweicht¹¹.

Welche Erfahrungen gibt es zum Verbleib von nicht mehr erwerbstätigen und pflegebedürftigen behinderten Männern und Frauen in den Wohnheimen der Werkstätten für behinderte Menschen?

Seit Jahren machen die überörtlichen Träger der Sozialhilfe die Erfahrung, dass behinderte Menschen auch nach dem Ausscheiden aus Werkstätten in ihrem gewohnten Umfeld, also auch in den Wohnheimen verbleiben wollen. Diesem Anliegen tragen die überörtlichen Träger der Sozialhilfe soweit wie möglich Rechnung. Die Beibehaltung dieser grundsätzlichen Ausrichtung der Hilfen wird jedoch aus fiskalischen Gründen zunehmend schwierig, weil ältere behinderte Menschen, die gleichzeitig pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind, Leistungen nach § 43 SGB XI nicht erhalten, so lange sie nicht in stationären Pflegeeinrichtungen untergebracht sind. Anstelle dessen erhalten sie lediglich für die Dauer des Aufenthaltes in Behinderteneinrichtungen bei bestehender Pflegebedürftigkeit einen Betrag von 256 € (§ 43 a SGB XI). Eine Lösung könnte dadurch erreicht werden, dass vermehrt die Einrichtung von Abteilungen für pflegebedürftige behinderte Menschen nach § 72 SGB XI zugelassen werden.

12. Teilhabe behinderter Menschen am Leben der Gesellschaft

12.3 Hat sich der Anteil von behinderten Männern und Frauen, die in Heimen leben, zugunsten des Anteils, die selbständig oder in betreuten Wohnformen leben, verändert?

Die Zahlen behinderter Männer und Frauen, die in Heimen leben, ist in den letzten Jahren stets stark gestiegen¹². Dies hat zu finanziellen Problemen bei den für die Heimkosten zuständigen Sozialhilfeträgern geführt¹³. Der Anteil der in Heimen lebenden Menschen ist zugunsten des außerhalb von Heimen lebenden Personenkreises deutlicher zu verändern, wenn auch die investive Förderpraxis verändert und der Schwerpunkt auf ambulante Angebote gelegt würde.

Gleichwohl werden die überörtlichen Träger der Sozialhilfe in Zukunft verstärkte Anstrengungen unternehmen, die Wohnform des betreuten Wohnens

¹⁰ Quelle: Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2001/2002, erstellt durch die Firma con_sens im Auftrage der BAGüS (zu beziehen über die Geschäftsstelle der BAGüS über die Internetadresse www.bagues.de)

¹¹ näheres. hierzu s. Kennzahlenvergleich der üö. Träger der Sozialhilfe 2001/2002 (S. 23 f.)

¹² näheres hierzu s. Kennzahlenvergleich der üö. Träger der Sozialhilfe 1001/2002 (S 20 f.)

¹³ s. u. a. hierzu Stellungnahme des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 5/2003 „Entwicklung der Sozialhilfeausgaben für Hilfen für Menschen mit Behinderungen – Der Bundesgesetzgeber muss tätig werden! –“

auszubauen. Dies ist überall dort schwierig, wo die Zuständigkeitsregelungen eine Zuständigkeitstrennung zwischen der ambulanten und stationären Hilfe vorsehen.

12.6. Wie wurde §§ 55 ff. SGB IX hinsichtlich der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft umgesetzt? Welche Mittel wurden dafür eingesetzt? Wie wurden die Leistungen in Anspruch genommen?

Die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach §§ 55 ff. SGB IX wurden weitgehend aus dem BSHG bzw. der Eingliederungshilfeverordnung übernommen. Für die überörtlichen Träger der Sozialhilfe hat daher diese Vorschrift kaum Veränderungen gebracht.

Die bundesweit hierfür eingesetzten Mittel sind der amtlichen Statistik des Statistischen Bundesamtes zu entnehmen. An der Inanspruchnahme der Leistungsberechtigten hat sich durch das SGB IX aus Sicht der überörtlichen Träger der Sozialhilfe nichts geändert.