

Bundesarbeitsgemeinschaft

der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Dr. Peter Gitschmann¹
Vorstandsmitglied der BAGüS
Vorsitzender des FA II

Hamburg, im Januar 2007

Herausforderungen und Perspektiven der Eingliederungshilfe

(Beitrag erschienen in standpunkt:sozial, Nr. 3 /2006)

Die Eingliederungshilfe in Deutschland steht vor großen Herausforderungen, deren Meisterung gleichzeitig ihre Perspektiven beschreibt. **Herausforderungen** bestehen in der aktuellen und für die nächsten Jahre weiter zu erwartenden Fallzahl- und Kostenentwicklung, die die Stellung der Eingliederungshilfeträger = Sozialhilfeträger als mit Abstand bedeutendster Rehabilitationsträger für Menschen mit Behinderungen (ambulant betreutes und stationäres Wohnen, Werkstätten für behinderte Menschen, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) unterstreicht und festigt.

Die notwendigen **Weiterentwicklungsperspektiven** sind mit den Stichworten Personenzentrierung, Budgets und Pauschalen, Qualität und Wirtschaftlichkeit, Empowerment und Inclusion angedeutet. Erforderlich für die Eingliederungshilfe erscheint neben der Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen ein grundlegender Paradigmenwechsel, in dessen Zuge eine Angebotsstrukturereform hin zu vorrangig ambulanter Versorgung und zu mehr Wettbewerb, die Ausstattung der Leistungsberechtigten mit „Kaufkraft“ und Nachfragemacht, die Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Ergebnisqualität der angebotenen Leistungen und eine gerechte Finanzierung erreicht werden müssen.

Nachfolgend wird diese Eingangsthese ausgehend von einer genaueren Problemanalyse über die Herausarbeitung der verschiedenen Reformansätze zu einer Beschreibung des notwendigen Umbaus der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen entwickelt.

¹ geb. 1954, Studium der Politikwissenschaft, Mathematik, Soziologie in Kassel und Gießen, Dr. rer. soc., Wissenschaftl. Direktor im Verwaltungsdienst, Leiter des Referats Eingliederungshilfe, Amt für Soziales und Integration der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg; Veröffentlichungen zu Sozialplanung, Pflege-, Alten- und Behindertenpolitik; nebenberufliche Lehrtätigkeit zur Sozialen Sicherung und Rehabilitation

1. Zur Lage der Eingliederungshilfe heute

Die Eingliederungshilfe stellt mit Jahresausgaben i. H. v. 11,5 Mrd. € (2004)² den größten Teiletat (ca. 45 %)³ aller Rehabilitationsleistungen nach SGB IX dar. Die Empfängerzahl von 629.000 Personen weist eine weitere Steigerung von 6,0 % gegenüber dem Vorjahr auf. Bei einem Drittel der Leistungsfälle handelt es sich um die Beschäftigung im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen, 19 % erhalten heilpädagogische Leistungen für Kinder, 43 % erhalten „sonstige Eingliederungshilfe“, im Wesentlichen ambulant betreutes oder stationäres Wohnen⁴. 449.000 Leistungsberechtigte erhalten Eingliederungshilfe in Einrichtungen, 194.000 Personen außerhalb von Einrichtungen⁵. Insbesondere die Zunahme von Menschen mit psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung bewirkt einen stetig aufwachsenden „Nachfragedruck“ in der Eingliederungshilfe. Auch aus der demographischen Situation der Menschen mit geistiger Behinderung – hier „überlebt“ nach dem Zweiten Weltkrieg und der faschistischen Vernichtungspolitik erstmals eine komplette Generation, und wächst in die Altersphase hinein – resultieren nach wie vor zunehmende Bedarfe im Bereich Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, insbesondere dem ambulant betreuten und stationären Wohnen. Erst nach 2010 – 2015 wird sich hier das demographische Geschehen „normalisieren“. Auch die insbesondere für Menschen mit geistiger oder schwerer mehrfacher Behinderung, aber auch für psychisch Kranke anhaltend kritische Arbeitsmarktlage trägt zum Nachfragedruck, hier im Bereich Teilhabe am Arbeitsleben, bei.

Diese Situation auf Seiten der Leistungsberechtigten trifft auf ein weiterhin stark gegliedertes, im Bereich der Sozialversicherungen strikt kausal orientiertes Rehabilitationssystem, welches zwar gemäß SGB IX zur intensiven Koordination und Kooperation der verschiedenen beteiligten Rehabilitationsträger angehalten ist, ohne dass dies jedoch bisher in hinreichendem Maße gelingt. Insbesondere die zentralen Schnittstellen zwischen Krankenbehandlung, Pflege und Rehabilitation sind weder rechtlich, strukturell oder gar faktisch vernünftig geregelt und geklärt. Bei den Sozialhilfeträgern kommen länderspezifisch teilweise getrennte Zuständigkeiten für ambulante und teilstationäre/stationäre Leistungen als potentielle Problemschnittstelle hinzu.⁶

In dieser mit Blick auf die bestehenden quantitativen und qualitativen Herausforderungen suboptimalen Situation wird aktuell an einer umfassenden Reform- und Weiterentwicklungsnotwendigkeit der Eingliederungshilfe wenig Zweifel gelassen: die Bundesregierung hat sich dies ausweislich der Koalitionsvereinbarung vorgenommen, die Länder erörtern die Reformbedarfe im Kreis der Konferenz der obersten Landessozialbehörden (KOLS), und die Leistungsträger wie Leistungserbringer sind im Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge ebenfalls dabei, ein Zukunftskonzept für die „nahtlose Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen“ zu entwickeln⁷.

² Th. Haustein u. a., Ergebnisse der Sozialhilfe- und Asylbewerberleistungsstatistik 2004; in: Wirtschaft und Statistik, Nr. 4 / 2006; S. 389

³ Statistik der Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe 2002 – 2004; in: BAR-Informationen Nr. 3 / 2005; S. 28

⁴ Haustein u. a., a. a. O.; S. 387

⁵ ebd.; S. 388

⁶ Dieses Problem spielt glücklicherweise in den Stadtstaaten – so auch in Hamburg – keine Rolle.

⁷ „Rehabilitation und Pflege in einem Gesamtkonzept verbinden!“ – Eckpunkte des Deutschen Vereins, präsentiert auf dem 77. Dt. Fürsorgetag 2006, Pressemitteilung

2. Reformperspektiven

2.1 Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen

Wesentliche Gesetzesgrundlagen der Eingliederungshilfe sind neben dem SGB XII (§§ 53 f. - bis 31.12.2004: BSHG, §§ 39 f. -; allgemeine Sozialhilfegrundsätze - §§ 1 f. - sowie Regelungen zu Kostenbeiträgen, Heranziehung von Einkommen, Vermögen und Unterhaltsverpflichteten - insbes. § 92 SGB XII) insbesondere die Vorschriften des SGB IX, Teil 1, die für den Rehabilitationsträger Sozialhilfe in überwiegend gleicher Weise wie für alle anderen Rehabilitationsträger gelten. Zu beachten sind wegen des Nachrangs der Sozial- und Eingliederungshilfe außerdem die Vorschriften in vorrangigen und angrenzenden Sozialrechtsgebieten, insbesondere des SGB V (Krankenversicherungsrecht), SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe), SGB IX, Teil 2 (Schwerbehindertenrecht) und SGB XI (Pflegeversicherungsrecht).

Bereits seit Mitte der 90er Jahre wurde das **Leistungs- und Vertragsrecht** der Sozialhilfe schrittweise vom Institutionenbezug und Kostendeckungsprinzip hin zum Leistungsbezug und zur Wettbewerbsorientierung umgestaltet. Seither steht als Ziel im Vordergrund, dass vergleichbare, bedarfsdeckende und qualitätsvolle Leistungen zu möglichst günstigen, im Preisvergleich ermittelten Kosten vertraglich zu organisieren und zu erbringen sind, soweit nicht über Geldleistungen und direkte, persönliche Hilfen der Bedarf gedeckt werden kann.

Der grundsätzliche **Nachrang der Sozialhilfe** wurde in den vergangenen Jahren, insbesondere durch das SGB IX vom Juli 2001, zunehmend ausgehöhlt. Seither werden z. B. Eingliederungshilfeleistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 26 f. SGB IX) und der Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 f. SGB IX) **bedürftigkeitsunabhängig** erbracht. Lediglich die Leistungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 f. SGB IX) – z. B. ambulante EGH, stationäres Wohnen, teilweise Tagesförderung, Beförderung – sind weiterhin bedürftigkeitsabhängig zu gewähren, d. h. das vorhandene Einkommen und Vermögen des Leistungsberechtigten ist bis zu den im SGB XII geregelten Höchstwerten zur Bedarfsdeckung einzusetzen.

Die Eingliederungshilfe ist damit weiterhin die für viele Menschen mit Behinderungen bedeutsamste, z. T. lebenslang benötigte Rehabilitationsleistung, was sich auch an der bundesweit mit Besorgnis beobachteten und diskutierten dynamischen Fallzahl- und Kostenentwicklung in der EGH zeigt (s. o.).

Mit der neuen Leistungsform des **trägerübergreifenden persönlichen Budgets** (§ 17 SGB IX) steht dem Eingliederungshilfeträger grundsätzlich ein interessantes neues Element zur Verfügung, welches zur Kostenreduzierung bei gleichzeitig individuell passgenauer und selbstbestimmter Bedarfsdeckung geeignet ist, und die Abhängigkeit von leistungsfähigen und –bereiten Leistungserbringern reduziert.

Mit der bisher letzten **Sozialhilfereform** (1.1.2005: SGB II – SGB XII) sind dem Sozialhilfeträger einerseits neue Steuerungsnotwendigkeiten (Abgabe der erwerbsfähigen Klientel an das SGB II) zugewachsen, andererseits auch neue Gestaltungsmöglichkeiten (verstärkte Pauschalierungs- und Geldleistungsmöglichkeiten - § 10 SGB XII) eröffnet worden.

Dennoch ist dieser beschriebene rechtliche Rahmen trotz aller bereits zukunftsweisenden neuen Ansätze und Elemente noch nicht hinreichend klar:

Im **SGB IX** fehlen wirklich verbindliche, bei Nichtbefolgung auch sanktionierte Vorschriften zur Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger. Die neue Komplexleistung Frühförderung in gemeinsamer Verantwortung der Krankenkassen und der Sozialhilfeträger ist rechtlich so unklar, dabei kompliziert und offen gestaltet, dass es bun-

desweit 5 Jahre nach Inkrafttreten noch an keiner Stelle gelungen ist, entsprechende Leistungsrealitäten zu schaffen. Ein einheitliches Vertrags- und Leistungserbringungsrecht für alle Rehabilitationsträger ist noch nicht einmal ansatzweise zu erkennen. Im Vertragsrecht des **SGB XII** ist ebenfalls noch vieles nur indirekt geregelt, und steht letztlich unter Einigungszwang zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern. Dies führt zu einer völlig uneinheitlichen Lage an Landesrahmenverträgen, Vergütungssystemen und Angebotsstrukturen. Die bisherige Beibehaltung des Bruttoprinzip für die Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers in stationären Einrichtungen stellt zusammen mit den komplizierten Regelungen zum Bestandsschutz-Zusatzbarbetrag das Gegenteil eines Anreizes zu Gunsten der vorrangigen ambulanten Angebote dar. Schließlich können die Kommunen als örtliche sowie häufig auch überörtliche Sozialhilfeträger mit den wachsenden finanziellen Lasten der Eingliederungshilfe nicht weiter alleingelassen werden; der im Deutschen Verein erarbeitete Vorschlag eines „Bundesteilhabegeldes“⁸ als Form der Kostenbeteiligung des Bundesgesetzgebers stellt hier ein deutliches Signal dar.

2.2 Paradigmenwechsel

Die fachpolitische Grundentscheidung, die in und für die Behindertenhilfe zu treffen ist, betrifft die Frage, ob hier ein abgeschottetes System fortentwickelt, oder ob es in die gesellschaftlichen Strukturen und Entwicklungen verstärkt hineingeholt und hier vernetzt werden soll. Die „konservative“ Grundposition sieht die Behindertenhilfe angesichts der Integrationsabwehr in der Gesellschaft als notwendigen „Schonraum“ an, in dem infolge der „Notwendigkeit der professionellen geplanten, steuernden und kontrollierenden Eingriffe“ eine zwingend „institutionalisierte Betreuung“ vorzuhalten ist⁹. Die Gegenposition verweist auf die Notwendigkeit der Weiterentwicklung der Integration zur „Inclusion“, „die nicht dort aufhört, wo eine Person in ein normales Wohnumfeld oder Arbeitsverhältnis integriert ist, sondern die die sozialen Bedingungen zu diesem Umfeld ins Auge fasst und dafür sorgt, dass soziale und natürliche `Ressourcen` genutzt und erschlossen werden“¹⁰. Ambulantisierung, Personen- statt Institutionenbezug, Empowerment¹¹, Kundenorientierung, Geldleistungen, Budgets und Pauschalen statt Sachleistungen, Ergebnisqualität statt Optimierung von Strukturen und Prozessen, Wettbewerb und „Community Care“¹² beschreiben die Diskussions- und Entwicklungslinien dieses zweiten, auf Inclusion gerichteten Ansatzes, die im Folgenden noch etwas näher betrachtet werden.¹³

⁸ vgl. Empfehlung des Deutschen Vereins zur Einführung eines bundesfinanzierten Teilhabegeldes - Bundesteilhabegeld; in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins f. öffentliche u. private Fürsorge (NDV), Nr. 1 / 2005; S. 2 – 5 und:

S. Pöld-Krämer, Zur Konzeption eines Bundesteilhabegeldes; in: NDV, Nr. 10 / 2005; S. 369 - 379

⁹ Chr. Gaedt, Ev. Stiftung Neuerkerode; in: Schwindelfrei, Nr. 33 / 2006; S. 36

¹⁰ G. Theunissen; ebd.; S. 37

¹¹ vgl. auch die diesbezüglichen Beiträge in diesem Heft

¹² vgl. P. Gitschmann, Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe - Community Care aus europäischer Sicht; in: Europa sozial gestalten. Dokumentation des 75. deutschen Fürsorgetages 2000 (hrsg. v. Dt. Verein f. öffentl. u. priv. Fürsorge); Frankfurt/M. 2001; S. 409 – 414

¹³ Auf die ebenfalls geführte Debatte zwischen sozialpädagogisch-professionellen Ansprüchen, die sich gegen Bestrebungen der Leistungsträger um Diversifizierung und Steuerung von Hilfen richten, soll hier hingegen nicht eingegangen werden. Vgl. dazu z. B. P. Gitschmann, Pädagogische Romantik und moderne Eingliederungshilfe; in: standpunkt:sozial, Nr. 2 / 2003; S. 82 - 86

2.3 Ambulantisierung

Das derzeitige Verhältnis von Eingliederungshilfeberechtigten in Deutschland in und außerhalb von Einrichtungen (194.000 : 449.000 = ca. 30 % außerstationär / ambulant; der Ausgabenanteil ambulant ist noch deutlich niedriger)¹⁴ zeigt, dass der gesetzliche Vorrang ambulanten Versorgung in der Eingliederungshilfe noch keineswegs eingelöst ist.

Viele Menschen, die bisher in einer stationären Einrichtung leben, könnten jedoch mit ambulanter Betreuung bedarfsgerecht versorgt werden. Bundesweit gibt es daher derzeit Bestrebungen, hier zur nachhaltigen Umsteuerung von stationärer zu ambulanter Versorgung Impulse zu geben. Jüngstes Beispiel sind die in Nordrhein-Westfalen zwischen den Anbieterverbänden und den überörtlichen Sozialhilfeträgern getroffenen Zielvereinbarungen, aber weitaus ambitionierter auch das Hamburger „Ambulantisierungsprogramm“. Die Hamburger Sozialbehörde hat sich für 2006 - 2008 zum Ziel gesetzt, dass deutlich mehr Menschen mit Behinderungen als bisher ambulant in ihrem eigenen Wohnraum betreut werden können. Dafür sollen zunächst ca. 800 stationäre Plätze (von ca. 2.400 in Hamburg gelegenen Plätzen für geistig und mehrfach behinderte Menschen) in ambulant betreutes Wohnen umgewandelt werden. Dabei ist das Anliegen der Ambulantisierung zum gemeinsamen Ziel aller Beteiligten geworden. Die Hilfeleistungen sollen individueller und passgenauer gestaltet werden und eine größere Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Angeboten, Angebotsformen und Anbietern und damit eine größere Vielfalt an Angeboten, als dies bisher in der überwiegend stationär organisierten Behindertenhilfe der Fall ist, soll entstehen.

Bislang war mit dem Wechsel von stationär nach ambulant stets die „Entlassung“ in das bestehende Hilfesystem verbunden. Letzteres bedeutet zum Beispiel den Auszug aus der jeweiligen Wohngruppe, die Anmietung einer eigenen Wohnung oder den Abschluss eines (Unter-) Mietvertrages und den individuell bedarfsgerechten Erhalt von pädagogischer Betreuung im eigenen Wohnraum (PBW) und Wohnassistenz. Mit den Zielvereinbarungen über die Ambulantisierung wurde nun zusätzlich ein neues Leistungsangebot entwickelt: die ambulant betreute Wohngemeinschaft, die durch Umwandlung bisher stationär betriebener Einheiten in Mietwohnraum entstehen können, und in denen die ambulante Betreuung über nach Bedarfsgruppen differenzierte Tagespauschalen finanziert wird. Die bewilligten Maßnahmepauschalen der einzelnen Mieterinnen und Mieter ermöglichen zusammengenommen eine hohe Betreuungsdichte für die jeweilige Wohngemeinschaft. Dies ermöglicht zukünftig auch schwerer behinderten Menschen, ambulant betreut zu werden.

2.4 Wettbewerb und Ergebnisqualität

Soweit Eingliederungshilfe von professionellen Leistungserbringern durchgeführt wird, ist eine Vereinbarung nach § 75 f. SGB XII über die konkrete Leistung, ihre Qualität und den dafür zu entrichtenden Preis (Vergütung) zu schließen. Hierbei sind die „historischen Wurzeln“ des Kostendeckungsprinzips – obwohl rechtlich seit 1995 abgeschafft – bis heute noch keineswegs überwunden. Zahlreiche Leistungserbringer verfolgen weiterhin das Ziel, ihre kalkulierten Kosten für die Leistung erstattet bzw. neudeutsch refinanziert zu bekommen, nicht jedoch, auf einem qualifizierten Dienstleistungsmarkt im Wettbewerb mit anderen über Qualität und Preise der Leis-

¹⁴ nach Haustein u. a., a. a. O.; S. 388

tung zu bestehen. Die in Kostendeckungszeiten (geprägt durch das Fehlen jeglichen Wirtschaftlichkeitsanreizes) entstandenen Kosten- und Betriebsstrukturen werden verteidigt und möglichst fortgeschrieben, statt sie wettbewerbs- und qualitätsorientiert weiterzuentwickeln. Das Mittel der Wahl zur Preisfindung ist jedoch mittlerweile der „externe Vergleich“, in dem schlicht ermittelt wird, ob die Preisvorstellung auf dem Hintergrund vergleichbarer, angebotener Leistungen dem „Marktüblichen“ entspricht. Auch beim Leistungserbringungsgrundsatz gibt es Fortentwicklungs- bzw. Umsteuerungsbedarf; nicht perfekte Systeme der Struktur- und Prozessqualität sind vorrangig gefragt, sondern das Hauptaugenmerk müsste verstärkt auf der Ergebnisqualität der Leistung im Sinne von Zielerreichung und nachgewiesener Wirksamkeit der Maßnahmen liegen.

2.5 Finanzierung über Budgets und Pauschalen

Persönliche Budgets, d. h. zusammengefasste, umfänglichere Bedarfskonstellationen behinderter Menschen bedienende, pauschalierte Geldleistungen, können als ein besonderer Ausdruck des Paradigmenwechsels in der Behindertenhilfe vom Institutionenbezug zum Personenbezug und zum Oberziel des „Selbstbestimmten Lebens“ verstanden werden. Das für die Hilfebeziehungen im klassischen System typische „Dreiecksverhältnis“ zwischen Hilfeberechtigten, Sozialleistungsträgern und Leistungserbringern wird bei persönlichen Budgets aufgehoben zugunsten verstärkter Dispositionsfreiheit der Hilfeempfänger. Bei persönlichen Budgets als Angebot an behinderte Menschen muss allerdings davon ausgegangen werden, dass sie keinesfalls eine umfassende Alternative zu bisherigen Sachleistungen darstellen werden, sondern als **Wahlmöglichkeit für bestimmte Bedarfskonstellationen** in Frage kommen, sofern die behinderten Menschen über die notwendigen Kompetenzen verfügen.

Die bisherigen Modellversuche und die Umsetzung der mit der Budget-Verordnung vom Mai 2004 konkretisierten Rechtslage zeigen, dass anfänglich nur wenige behinderte Menschen für diesen neuen Weg motiviert werden können, und dass wirklich **trägerübergreifende** persönliche Budgets noch die absolute Ausnahme darstellen¹⁵. Leider ist die Nachfrage auf Seiten der antragsberechtigten Menschen mit Behinderungen bundesweit noch recht gering. Hamburg hat mit derzeit (August 2006) 25 laufenden persönlichen Budgets (darunter nur 1 trägerübergreifendes) nach Berlin den höchsten Stand laufender Budgets vorzuweisen. Es ist zu hoffen, dass mit den seit kurzem verstärkten Bemühungen nun auch des Reha-Trägers Bundesagentur für Arbeit, mit Hilfe persönlicher Budgets individuelle Leistungsalternativen zum Berufsbildungsbereich der Werkstätten und im Bereich der Arbeitsassistenz zu erproben, hier weitere und gute Erfahrungen hinzukommen.

Eine „bescheidenere“, jedoch ähnliche zielgerichtete Variante können verstärkte leistungsartbezogene **Geldpauschalen** an die Leistungsberechtigten darstellen, die diese ebenfalls in die Lage versetzen, als Kunde und Einkäufer passgenauer Dienstleistungen aufzutreten, ohne dass das komplizierte Budgetbewilligungs- und Zielvereinbarungsverfahren vorgeschaltet oder die Leistung in einer Vereinbarung nach § 75 f. SGB XII bereits umfassend vorgegeben ist.

¹⁵ vgl. P. Gitschmann, Modellvorhaben zu „persönlichen Budgets“ – Unterschiede und erste Erfahrungen; in: Th. Klie, A. Spermann (Hrsg.), Persönliche Budgets – Aufbruch oder Irrweg ?; Vincentz Network Hannover 2004; S. 165 - 183

Die bisherigen Hamburger Erfahrungen mit solchen Pauschalen in der Eingliederungshilfe (Familienentlastungspauschalen für Familien mit behinderten Kindern, Beförderungspauschalen, Pauschalen zur gastweisen Unterbringung behinderter Familienangehöriger) ermutigen durchaus, diesen Weg weiter zu beschreiten.

Die ebenfalls immer wieder in die Diskussion gebrachten **Einrichtungsbudgets** oder auch **Regionalbudgets** für eine Anbiatergemeinschaft sind auf dem normativen Hintergrund des personenbezogenen Ansatzes hingegen eher als Irrweg zu betrachten.

2. Umbau der Eingliederungshilfe – ein Ausblick

Sollten alle andiskutierten Reformperspektiven der Eingliederungshilfe und der Rehabilitation erfolgreich zusammengeführt werden, könnte folgende Zukunftsvision eintreten:

- Die Menschen mit Behinderungen erhalten unabhängig von der Art der Behinderung diskriminierungsfrei sämtliche erforderlichen Leistungen der medizinischen Behandlung und Rehabilitation von ihrer Kranken- und Pflegekasse bzw. gleichwertig oder kombiniert von ihrem Unfall- oder Rentenversicherungsträger, auf Wunsch in Form von Geldpauschalen oder persönlichen Budgets.
- Alle Leistungsansprüche zur Teilhabe am Arbeitsleben (einschließlich der Werkstätten für behinderte Menschen !) werden von der Bundesagentur für Arbeit, ggf. im Auftrag des SGB II- oder des SGB XII-Leistungsträgers, ebenfalls unabhängig von der Art der Behinderung diskriminierungsfrei und auf Wunsch in Form von Geldpauschalen oder persönlichen Budgets realisiert.
- Alle erwachsenen, voraussichtlich dauerhaft behinderten und in ihrer Teilhabe deutlich beeinträchtigten Menschen erhalten als generellen, zweckgebunden einzusetzenden Nachteilsausgleich ein „Bundesteilhabegeld“, welches so bemessen ist, dass die durchschnittlichen Grundausgleichsbedarfe damit selbstbestimmt bewältigt werden können.
- Bei individuell höheren Bedarfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft tritt die Eingliederungshilfe ergänzend und bedarfsdeckend ein, wobei Geldpauschalen und persönliche Budgets ebenso Vorrang haben, wie ambulante Leistungen gegenüber stationären.