

Orientierungshilfe
zu den Schnittstellen der Eingliederungshilfe
nach dem SGB XII
zu anderen sozialen Leistungen

(„Schnittstellenpapier“)

Gliederung

I.	<u>Grundsätze zur Eingliederungshilfe</u>	5
1.	Anspruchsberechtigter Personenkreis	5
2.	Aufgabe der Eingliederungshilfe	5
3.	Voraussetzungen für Leistungen der Eingliederungshilfe	5
4.	Rechtsgrundlage	5
5.	Sozialhilfeträger als Rehabilitationsträger	6
II.	<u>Nachrang der Sozialhilfe zu sonstigen Sozialleistungen</u>	6
1.	Nachranggrundsatz	6
2.	Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX	7
III.	<u>Schnittstellen zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX)</u>	8
1.	Allgemeines	8
2.	Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung	8
2.1	<i>Pflichtversicherung</i>	9
2.2	<i>Familienversicherung</i>	9
2.3	<i>Freiwillige Versicherung</i>	9
2.4	<i>Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung</i>	9
3.	Mitgliedschaft in der privaten Krankenversicherung	9
4.	<i>Leistungsvoraussetzungen in der Rentenversicherung</i>	9
5.	<i>Leistungen der medizinischen Behandlung und Rehabilitation</i>	9
5.1	<i>Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)</i>	10
5.2	<i>Soziotherapie (§ 37 a SGB V)</i>	11
5.3	<i>Spezialisierte ambulante Palliativversorgung § 37 b SGB V</i>	12
5.4	<i>Stationäre Krankenhausbehandlung bei fehlender medizinischer Indikation.</i>	12
IV.	<u>Vorschulische Förderung (§ 54 SGB XII, § 56 SGB IX)</u>	13
1.	Problemlage/Ausgangspunkt	13
2.	Schnittstelle zur Kindertagesstättenfinanzierung nach SGB VIII	14
3.	Schnittstelle vorschulischer Leistungen nach §§ 53 ff. SGB XII zu den Leistungen nach SGB VIII	15
4.	Lösungen	16
4.1.	<i>Einrichtungscharakter</i>	16
4.2	<i>Elternbeiträge/Kosten des Mittagessens</i>	16
4.3	<i>Behinderungsbedingter Mehraufwand in allgemeinen Kindertagesstätten</i>	16
4.4	<i>Medizinische Rehabilitation und Pflege</i>	16
V.	<u>Leistungen zur Schulbildung und zur schulischen Berufsausbildung einschl. Hochschulbesuch (§ 54 Abs. 1 Nr. 1, 2 SGB XII)</u>	16
1.	Schulbildung	17
1.1	<i>Problemlage</i>	17
1.2	<i>Schnittstellen</i>	17
1.3	<i>Die Wahl des Förderortes</i>	18
1.4	<i>Einzelne Leistungen (Schnittstellen und Empfehlungen)</i>	18
2.	schulische Berufsausbildung	20
3.	Hilfen zum Besuch einer Hochschule	20

VI.	<u>Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Teilhabeleistungen zu SGB II)</u>	20
1.	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX	20
2.	Verhältnis der vorrangigen Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben zur Eingliederungshilfe	20
3.	Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen	21
3.1	<i>Aufgabenstellung der Werkstätten</i>	21
3.2	<i>Zuständigkeit im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich</i>	21
3.3	<i>Leistungsrechtliche Voraussetzungen für Leistungen im Arbeitsbereich der Werkstätten</i>	22
VII.	<u>Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX)</u>	24
1.	Allgemein	24
2.	Schnittstelle zu unterhaltssichernden Leistungen	24
3.	Schnittstelle zu den Leistungen nach dem SGB II	25
4.	Schnittstelle zu Leistungen nach dem SGB V	26
VIII.	<u>Hilfsmittelversorgung</u>	26
1.	Allgemeines	26
2.	Schnittstellen	27
2.1	<i>Rehabilitationsziele</i>	27
2.2	<i>Pflegehilfsmittel und technische Hilfen</i>	28
2.3	<i>Technische Arbeitshilfen</i>	28
2.4	<i>Andere Sozialversicherungsträger</i>	29
3.	Lösungen	29
3.1	<i>Vorrang der Hilfsmittelversorgung durch Krankenkassen</i>	29
3.2	<i>Einzelne streitige Hilfsmittel</i>	29
3.3	<i>Hilfen zur Verbesserung des Wohnumfeldes</i>	30
3.4	<i>Andere Hilfsmittel nach § 8 EHVO</i>	30
IX.	<u>Schnittstelle zur Jugendhilfe</u>	31
1.	Allgemein	31
2.	Problemlage	31
2.1	<i>Mehrfachbehinderung bei Kindern und Jugendlichen</i>	31
2.2	<i>Geistige oder körperliche Behinderung, erzieherischer Bedarf</i>	31
2.3	<i>Hilfe für junge Volljährige (§ 41 SGB VIII)</i>	31
2.4	<i>Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder (§ 19)</i>	32
2.5	<i>Jugendliche in Pflegefamilien</i>	32
2.6	<i>Elternassistenz</i>	33
3.	Vorrangfragen	33
4.	Schnittstellen	33
5.	Lösungsvorschläge	34
5.1	<i>Mehrfachbehinderung/Erziehungsdefizit</i>	34
5.2	<i>Hilfe für junge Volljährige</i>	35
X.	<u>Schnittstelle zur Pflegeversicherung</u>	36

XI.	<u>Verhältnis der Eingliederungshilfeleistungen zu anderen Leistungen nach dem SGB XII.</u>	37
1.	Lebensunterhalt sichernde Leistungen	37
2.	Hilfen zur Gesundheit	37
3.	Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten	37
3.1	<i>Allgemeines</i>	37
3.2	<i>Vor- und Nachrang der Leistungen</i>	38
3.3	<i>Problemlage</i>	39
3.4	<i>Lösungen/Empfehlungen</i>	39
XII.	<u>Formen von Komplexleistungen</u>	40
1.	Allgemeines	40
2.	Frühförderung	42
2.1	<i>Allgemeines</i>	42
2.2.	<i>Rechtsgrundlagen</i>	42
3.	Persönliches Budget	45

Vorbemerkung¹ :

Das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (VN-Behindertenrechtskonvention) ist nach der Ratifikation und nach Hinterlegung der Ratifikationsurkunde in New York für Deutschland inzwischen verbindlich geworden. Damit gilt das Übereinkommen im Rang einfachen Bundesrechts.

Mit dem Übereinkommen wird der in der Bundesrepublik Deutschland mit dem SGB IX eingeleitete Paradigmenwechsel weiter vollzogen werden. Das Übereinkommen stärkt die Rechte von Menschen mit Behinderungen und wird damit wichtige Impulse für die weiteren Veränderungsprozesse setzen mit dem Ziel der vollen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an der Gesellschaft²

Das Übereinkommen stellt daher die wesentliche Grundlage und Richtschnur für die Weiterentwicklung des Behindertenrechts dar.

Die BAGüS hat bereits in dieser Orientierungshilfe da wo möglich auf die VN-Konvention Bezug genommen bzw. ihre Überlegungen und Lösungsvorschläge an den sich aus der Konvention ergebenden Anforderungen und Vorgaben orientiert.

¹ Soweit Begriffe in der männlichen Form verwendet werden, sind sie gleichberechtigt in der weiblichen Form zu verstehen.

² So Gesetzesbegründung der Bundesregierung

I. Grundsätze zur Eingliederungshilfe

1. Anspruchsberechtigter Personenkreis

Der anspruchsberechtigte Personenkreis der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ergibt sich aus § 53 SGB XII. Im Zusammenhang mit der Schnittstelle zu vorrangigen Leistungen anderer Sozialleistungsträger ist bedeutsam, dass der Begriff der Behinderung im SGB XII in § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII enger gefasst ist als im SGB IX. Näher beschrieben ist der Personenkreis in §§ 1 bis 3 Eingliederungshilfe-Verordnung (EHVO)³.

2. Aufgabe der Eingliederungshilfe

Aufgabe der Eingliederungshilfe ist nach § 53 Abs. 3 SGB XII, eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern.

Aufgaben und Ziele der Eingliederungshilfe sind an unterschiedlichen Stellen im SGB allgemein beschrieben (z. B. §§ 10, 29 SGB I, 2, 26, 33, 41, 55 SGB IX, 53 SGB XII).

Gemeinsame Aufgabe aller Leistungen ist es, behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.

Diese einheitliche Zielsetzung gilt sowohl für die medizinischen Leistungen, als auch für die Leistungen Teilhabe am Arbeitsleben, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und die ergänzenden Leistungen. Jede Leistung, sei sie medizinischer, beruflicher, schulischer oder sozialer Art, ist Teil dieser Gesamtaufgabe. Sie bleibt nicht der sozialen Eingliederung allein vorbehalten.

Um möglichst umfassend am gesellschaftlichen Leben als Teil der Gemeinschaft teilhaben zu können ist es wichtig, einen angemessenen Beruf oder eine angemessene Tätigkeit ausüben zu können. Die Zielsetzung und Aufgabe der Teilhabe am Arbeitsleben ist also Bestandteil der Aufgabe, gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen oder zu sichern. Sie ist insofern umfassend und für den Sozialhilfeträger nachrangig zu leisten.

Die Aufgabe, den behinderten Menschen soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen, obliegt vor allem den Trägern der medizinischen Rehabilitation und der Pflegeversicherung im Rahmen der aktivierenden Pflege. Nur wenn dies mit diesen Maßnahmen nicht erreichbar ist, kommen nachrangig andere Maßnahmen – vor allem der Sozialhilfe - in Betracht.

3. Voraussetzungen für Leistungen der Eingliederungshilfe

Die Voraussetzungen für Leistungen der Eingliederungshilfe sind erfüllt, wenn die Leistung nachfragende Person dem in § 53 SGB XII definierten Personenkreis zuzuordnen ist und die dort und im SGB IX genannten Ziele zumindest teilweise erreicht werden können⁴.

4. Rechtsgrundlage

Maßgebende Rechtsgrundlage für Leistungen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation bleiben die jeweiligen Spezialgesetze (§ 7 SGB IX).

³ s. hierzu Orientierungshilfe der BAGüS „Der Behinderungsbegriff nach dem SGB IX und XII und dessen Umsetzung in der Sozialhilfe“ vom 27.11.2007

⁴ s. Fußnote zu 3

Die Vorschriften des SGB IX haben nach § 53 Abs. 4 SGB XII für die Leistungen der Eingliederungshilfe unmittelbare Geltung, soweit sich aus dem SGB XII nichts Abweichendes ergibt.

5. Sozialhilfeträger als Rehabilitationsträger

Die Träger der Sozialhilfe sowie die öffentliche Jugendhilfe gehören seit dem Inkrafttreten des SGB IX neben den gesetzlichen Krankenkassen, der Bundesagentur für Arbeit (auch die ARGEN), den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und der Alterssicherung für Landwirte sowie den Trägern der Kriegsopferversorgung und -fürsorge zum Kreis der Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX). Die Integrationsämter und Pflegekassen gehören nicht dazu.

II. Nachrang der Sozialhilfe zu sonstigen Sozialleistungen

1. Nachranggrundsatz

Der allgemeine Nachranggrundsatz des § 2 SGB XII gilt auch für die Eingliederungshilfe. Ein Anspruch auf Eingliederungshilfe entsteht demnach nicht, wenn ein Anspruch auf Pflicht- und Ermessensleistungen, die demselben Ziel dienen, nach anderen Rechtsvorschriften (z.B. SGB II, III, V, VIII, IX Teil 2, XI, BVG) besteht.

Der Nachrang für Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII besteht insbesondere

- bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX gegenüber Krankenkassen,
- bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach §§ 33 ff. SGB IX gegenüber der Bundesagentur für Arbeit,

aber auch gegenüber anderen Rehabilitations- oder Sozialleistungsträgern wie Pflegekassen oder der Deutschen Rentenversicherung.

Soweit behinderte Menschen Leistungen wie nicht behinderte Menschen erhalten, bedarf es keiner Leistungen der Eingliederungshilfe⁵. So haben u.a. die beamtenrechtlichen Beihilfenvorschriften, bedarfsdeckende Ansprüche z.B. aus privatrechtlichen Versicherungsverträgen oder Schadensersatzforderungen Vorrang vor Leistungen der Sozialhilfe⁶.

Sozialhilfe als Hilfe in gegenwärtiger Not hat im gegliederten Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland grundsätzlich die Aufgabe als letzte soziale Sicherung⁷. Dies gilt ohne Einschränkung auch für die Eingliederungshilfe. Ihre Garantiefunktion findet jedoch keine Anwendung, wenn der Leistungsberechtigte die im Einzelfall erforderliche Leistung von einem Träger vorrangiger Sozialleistungen erhält. Dabei kommt es auf Einzelheiten in der Ausgestaltung der bedarfsdeckenden Hilfe in den unterschiedlichen Sozialleistungssystemen auch dann nicht entscheidend an, wenn die Sozialhilfe in einzelnen Beziehungen günstiger ausgestaltet sein sollte. Maßgeblich ist vielmehr, dass die Hilfeleistung nach dem Recht des Trägers der vorrangigen Sozialleistung im ganzen so ausgestaltet ist, dass der Bedarf des Leistungsberechtigten angemessen (§ 9 SGB I: "ausreichend") abgedeckt und deshalb für ein Eingreifen der Sozialhilfe kein Raum ist⁸.

Ein Wahlrecht des Leistungsberechtigten zwischen den Sozialleistungen besteht nicht, denn der Nachranggrundsatz steht nicht zur Disposition der Hilfe nachfragenden Person. Das "Wunschrecht" betrifft das "Wie" der Leistung durch einen Träger der Sozialhilfe; es setzt Alternativen der Bedarfsdeckung innerhalb dieses Sozialleistungssys-

⁵ BVerwG U v 19.10.1995, FEVS 46,366 zur Ausbildungsförderung

⁶ BVerwGE 41, 216; 45,172; 50, 292

⁷ BT, Drs. III/1799 S.38 zu § 2 BSHG; (Begründung zum Entwurf eines BSHG)

⁸ BVerwGE 38, 174

tems voraus und begründet keine Befugnis, zwischen den Hilfen unterschiedlicher Sozialleistungssysteme zu wählen⁹.

Der Nachrang setzt nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts im Hinblick auf den Charakter der Sozialhilfe als Hilfe in gegenwärtiger, konkreter Not voraus, dass die Hilfe des Trägers anderer Sozialleistungen tatsächlich bereitsteht¹⁰. Die Sozialhilfe tritt also nicht bereits dann zurück, wenn die Hilfe nachfragende Person einen Rechtsanspruch auf die begehrte Leistung gegen einen anderen Sozialleistungsträger hat, sondern erst dann, wenn sie diese auch tatsächlich erhält¹¹ oder ohne Schwierigkeiten in angemessener Frist erhalten kann¹². Nur Forderungen, die rechtzeitig durchsetzbar sind, stellen zur Behebung einer gegenwärtigen Notlage "bereite Mittel" dar¹³.

Die Eingliederungshilfe ist von den anderen Hilfearten so abzugrenzen, wie sich dies aus der jeweiligen Aufgabe, die den einzelnen Hilfearten gestellt ist, ergibt. Die Frage der Hilfeart richtet sich allein nach der Besonderheit des Einzelfalls. Weder bezieht sich das Wunschrecht des Leistungsempfängers auf die Wahl der Hilfeart noch steht dem Sozialhilfeträger ein Ermessensspielraum zu¹⁴.

2. Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX

Um Leistungsverzögerungen durch die vorhandenen Schnittstellen auszugleichen, wurde mit Inkrafttreten des SGB IX zum 01.07.2001 mit § 14 ein stringentes Verfahren zur Zuständigkeitsklärung eingeführt.

Dies gilt auch für Sozialhilfeträger untereinander, es sei denn, der Antrag ist gem. § 16 SGB I eingereicht und dann dem unstreitig zuständigen Träger der Sozialhilfe vorgelegt worden¹⁵.

§ 14 SGB IX enthält folgende Regelungen:

- Wird ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei einem Rehabilitationsträger gestellt (erstangegangener Träger), hat dieser innerhalb von 2 Wochen festzustellen, ob er nach seinem spezifischen Leistungsrecht für die beantragte Leistung sachlich und örtlich zuständig ist. Ist dies der Fall, hat er über den Antrag im Rahmen des für ihn geltenden Leistungsrechts zu entscheiden.
- Kommt er zum Ergebnis, dass er selbst nicht zuständig ist, hat er den Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zuzuleiten, den er für zuständig hält.
- Nach § 14 SGB IX hat der Träger, an den der Antrag weitergeleitet wurde – unabhängig davon, an wen der Antrag gerichtet war – umfassend alle Vorschriften, die Teilhabeleistungen zum Inhalt haben, daraufhin zu überprüfen, ob dem Anliegen des Antragstellers entsprochen werden kann¹⁶. Dies gilt auch für solche Leistungen bzw. Anspruchsgrundlagen, für die er an sich materiell nicht zuständig ist. Der zuständig gewordene Leistungsträger hat alle verfahrensrechtlichen Pflichten, die das SGB vorsieht, u.a. die umfassende Feststellung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe sowie zur Kooperation und Koordination nach §§ 8, 10-12 SGB IX zu beachten.
- Die Weiterleitung an einen dritten Rehabilitationsträger oder die Rückgabe an den Erstangegangenen ist nicht möglich. Eine nochmalige Weiterleitung ist (zur Vermeidung einer Ablehnung) dann möglich, wenn auf Grund eines offensichtlichen

⁹ BVerwGE 91, 114; 94, 127

¹⁰ BVerwGE 38, 307

¹¹ BVerwGE 38, 174

¹² BVerwGE 38, 307

¹³ BVerwGE 67, 163

¹⁴ VG Aachen, ZfP 2004, 157

¹⁵ BSG, Urteil vom 28.11.2007 (B 11 a AL 29/06 R9)

¹⁶ BSG, Urteil vom 25.6.2008, (B 11 b A S 19/04 R)

Bearbeitungsfehlers an einen Rehabilitationsträger weitergeleitet wurde, dessen Leistungsrecht die in Betracht kommende Leistung überhaupt nicht erfasst¹⁷.

Aus diesen Regelungen ergibt sich, dass die Zuständigkeit sorgfältig und zeitnah geprüft werden muss und Schnittstellen zu anderen Rehabilitationsträgern gut definiert sein müssen.

Für die Rehabilitationsträger ist die auf Ebene der BAR vereinbarte „Gemeinsame Empfehlung über die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens“ vom 08.11.2005 mit Ausnahme der Sozial- und Jugendhilfeträger mit ihrer Unterzeichnung verbindlich. Diese können diesen beitreten oder orientieren sich daran. Bis zu Beginn des Jahres 2010 soll sie der aktuellen Rechtsprechung angepasst werden. Die Sozialhilfeträger sind - bis auf Niedersachsen - dieser bisher nicht beigetreten; BAGÜS und kommunale Spitzenverbände werden nach erfolgter Aktualisierung aber entscheiden, ob sie ihren Mitgliedern empfehlen, sich gem. § 13 Abs. 5 Satz 2 SGB IX daran zu orientieren.

III. Schnittstellen zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX)

1. Allgemeines

Die Begriffsbestimmung der medizinischen Rehabilitation ergibt sich aus § 26 SGB IX. Die Leistungen der med. Rehabilitation finden sich vorrangig in den Leistungsgesetzen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) und der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) wieder.

Je nach dem, ob die leistungsberechtigte Person krankenversichert, die Maßnahme unfallbedingt notwendig ist oder entsprechende Rentenanwartschaften bestehen und welchem Zweck die med. Rehabilitation dient (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bzw. eine Behinderung einschl. chronischer Krankheit abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten), ist entweder die Rentenversicherung, die Unfallversicherung oder die Krankenversicherung zuständiger Leistungsträger dieser med. Rehabilitation.

Die Sozialhilfe ist für Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII nur dann zuständig, wenn kein Anspruch auf die Leistungen gegen einen der genannten vorrangigen Leistungsträger besteht. § 54 Abs. 1 Satz 2 begrenzt die Leistungen der Sozialhilfe auf den Leistungsumfang der medizinischen Rehabilitation, den die gesetzliche Krankenversicherung zu erbringen hat, sodass der Sozialhilfeträger weder erweiterte noch andere Leistungen (wie vor Inkrafttreten des SGB IX) erbringen kann.

Die Schnittstelle zu anderen Teilhabeleistungen kann nur über die Zielsetzung der Leistung erfolgen. Ist das Ziel der Maßnahme die gesundheitliche Wiederherstellung, so handelt es sich um medizinische Rehabilitation im Sinne der §§ 26 ff. SGB IX. Dient die Maßnahme der Wiedereingliederung in die Gesellschaft, sind es Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach §§ 55 ff. SGB IX.

2. Mitgliedschaft in der gesetzliche Krankenversicherung

Aus Sicht des Sozialhilfeträgers ist daher zunächst die Frage zu klären, inwieweit die leistungsberechtigte Person krankenversichert ist bzw. der Krankenversicherungsschutz hergestellt werden kann oder (wenn eine Erwerbsfähigkeit wieder hergestellt werden kann), ob ausreichende Rentenanwartschaften erworben wurden oder ob die Maßnahme aufgrund eines Unfalles erforderlich ist.

¹⁷ Rd.Nr. 13 Komm. Ernst/Adlhoch/Seel zu § 14 SGB IX; gem. Empfehlung der BAR (§ 3 Nr. 3)

2.1 Pflichtversicherung

Der Personenkreis der Pflichtversicherten ist in § 5 SGB V abschließend genannt. Dazu gehören auch Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben. Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 und Abs. 8a SGB V begründet sich kraft Gesetzes die Mitgliedschaft in der Krankenkasse (gesetzliche oder private KV), in der die Person zuletzt versichert war oder in der sie hätte versichert werden müssen.

2.2 Familienversicherung

Versichert sind nach § 10 SGB V der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern, sowie die Kinder von familienversicherten Kindern. Bei behinderten Kindern sind diese ohne Altersbegrenzung familienversichert, wenn sie außerstande sind, sich selbst zu unterhalten und die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind bereits familienversichert war. Die Familienversicherung tritt kraft Gesetzes ein. Daher schadet es auch nicht, wenn ein behinderter Mensch nach Vollendung des 25. Lebensjahres zeitweise in der Lage ist, sich trotz der Behinderung selbst zu unterhalten. Für diese Zeit ist zwar die Familienversicherung unterbrochen, sie lebt aber später automatisch auf, wenn die Behinderung eine Sicherstellung eigener Lebensbedarfe nicht wieder möglich macht¹⁸.

2.3 Freiwillige Versicherung

Unter den Voraussetzungen nach § 9 SGB V können Personen einer gesetzlichen Versicherung freiwillig beitreten. Die einschlägigen Fristen zur Möglichkeit der Weiterversicherung sind einzuhalten.

2.4 Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung

Kann weder eine Pflichtversicherung, noch eine Familienversicherung oder eine freiwillige Krankenversicherung hergestellt werden, sind die sonst auf Leistungen nach dem Fünften Kapitel SGB XII angewiesenen leistungsberechtigten Personen nach § 264 SGB V bei einer gesetzlichen Krankenversicherung ihrer Wahl anzumelden, wenn sie mindestens einen Monat ununterbrochen Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII beziehen.

3. Mitgliedschaft in der privaten Krankenversicherung

Auch bei einer privaten Krankenversicherung kann eine leistungsberechtigte Person freiwillig versichert sein, bzw. es besteht ein Rückkehrrecht in die Versicherung, in der die leistungsberechtigte Person zuletzt versichert war oder hätte versichert werden müssen. Die PKV ist zudem ab 01.01.2009 verpflichtet, einen Basistarif anzubieten, dessen Leistungsumfang dem einer gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen soll.

4. Leistungsvoraussetzungen in der Rentenversicherung

Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte unter anderem, wenn sie nach § 11 Abs. 2 SGB VI in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung mindestens 6 Monate Pflichtbeiträge entrichtet haben und wenn sie vermindert erwerbsfähig sind oder bei denen dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist, wenn sie die allgemeine Wartezeit (von 15 Jahren) erfüllt haben. Die Berechnung der Wartezeit ergibt sich aus § 55 Abs. 2 SGB VI.

5. Leistungen der medizinischen Behandlung und Rehabilitation

Nach § 11 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 26 SGB IX ist die gesetzliche Krankenkasse für Leistungen der medizinischen Rehabilitation zuständig.

¹⁸ BSG, Urteil vom 18.05.2004, Az. B 1 KR 24/02 R

5.1 Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

5.1.1 Leistungsvoraussetzungen

Mit Inkrafttreten des Wettbewerbsstärkungsgesetzes zum 01.04.2007 ist Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V nicht mehr eng an die eigene Häuslichkeit gebunden. Mit Beschluss vom 17.1.2008, in Kraft getreten am 11.06.2008, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) diese Änderung des § 37 SGB V umgesetzt. Der Beschluss umfasst zwei verschiedene Sachverhalte:

- a) An welchen Orten außerhalb des Haushalts oder der Familie häusliche Krankenpflege als Krankenhausersatzpflege erbracht werden kann und
- b) den Anspruch auf Kostenübernahme als medizinische Behandlungspflege zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeversicherung für Versicherte in Pflegeheimen und Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Zu a)

Häusliche Krankenpflege wird neben der ärztlichen Behandlung durch geeignete Pflegekräfte erbracht, wenn Krankenhausbehandlung zwar geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Sie wird in der Regel bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall erbracht, kann aber in begründeten Einzelfällen auch für einen längeren Zeitraum bewilligt werden. Notwendige Feststellungen trifft der Medizinische Dienst der Krankenkassen.

Neben der eigenen Wohnung kann die Häusliche Krankenpflege nunmehr auch in betreuten Wohnformen, Schulen, Kindergärten und unter bestimmten Voraussetzungen auch in Werkstätten verordnet werden, soweit an diesen Orten kein anderweitiger gesetzlicher Anspruch auf diese Leistungen besteht, der Versicherte sich dort regelmäßig wiederkehrend aufhält, die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und die für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeigneten räumlichen Verhältnisse vorliegen (z. B. im Hinblick auf hygienische Voraussetzungen, Wahrung der Intimsphäre, Beleuchtung).

Aus § 136 SGB IX i.V.m. §§ 9, 10 WVO lässt sich ein Anspruch auf Leistungen der Häuslichen Krankenpflege gegen die in § 42 für Werkstattleistungen genannten Leistungsträger nicht ableiten, denn diese Bestimmungen legen fest, welche Anforderungen die Werkstätten zu erfüllen haben. Hinsichtlich der Berücksichtigung in den Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen ist der Nachrang der Sozialhilfe zu beachten, so dass die Leistungen der Häuslichen Krankenpflege in aller Regel nicht Gegenstand der Vereinbarungen sind.

Zu b)

Medizinische Behandlungspflege als Behandlungssicherungspflege ist aufgrund des Beschlusses des G-BA nunmehr in Einrichtungen der Behindertenhilfe grundsätzlich zulässig und zwar ohne zeitliche Befristung; in Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Krankenhäusern und Pflegeheimen aufgrund des dort bestehenden gesetzlichen Auftrages zur Durchführung dieser Leistungen jedoch nur dann, wenn die betreffenden Personen einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben und dieser Bedarf mindestens sechs Monate besteht (perspektivische Betrachtung).

Der Gesetzgeber hat diesen Bedarf insbesondere bei Menschen in Pflegeeinrichtungen angenommen, die sich im Wachkoma befinden oder dauerbeatmungspflichtig sind. Der G-BA hat diesen Personenkreis definiert und festgelegt, dass auch diese Personen nur anspruchsberechtigt sind, wenn entsprechende Maßnahmen einer Pflegefachkraft unvorhersehbar am Tag und in der Nacht durchgeführt werden müssen.

Auch für behinderte Menschen, die in Behinderteneinrichtungen leben, besteht ein gesetzlicher Anspruch auf medizinische Behandlungspflege, so dass diese Leistung hier zusätzlich verordnet werden kann, es sei denn, es wurde explizit eine Leistungsverein-

barung mit dem Leistungserbringer abgeschlossen, die diese Leistungen enthält. Die Subsidiaritätsklausel des § 37 Abs. 3 SGB V ist auf Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht übertragbar.

5.1.2 Schnittstellen

Schnittstellen bestehen zur gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und zur Pflegeversicherung (SGB XI). In Pflegeheimen wird der Anteil der behandlungspflegerischen Maßnahmen bei besonders hohem Bedarf durch die Krankenkassen und nicht mehr durch die Hilfe zur Pflege finanziert, in Behinderteneinrichtungen laufen diese Kosten nicht mehr auf den Einrichtungsträger bzw. auf den Sozialhilfeträger zu.

5.1.3 Lösungen

Der Beschluss des G-BA, die Verordnung Häuslicher Krankenpflege sowohl als Ersatzpflege als auch als medizinische Behandlungspflege gesetzeskonform auch an anderen Orten zuzulassen, stellt klar, dass der Sozialhilfeträger nicht mehr mit Kosten für die Erbringung dieser Leistung belastet wird.

Für Pflegeheime, welche ein entsprechendes Klientel mit besonders hohem Pflegebedarf betreuen, ist darauf hinzuwirken, dass geeignete Verträge nach § 132a Abs. 2 SGB V zwischen den Einrichtungsträgern und den Krankenkassen abgeschlossen werden und der reguläre Pflegesatz um diese Beträge vermindert wird.

In Einrichtungen der Behindertenhilfe ist der Träger jeweils auf die notwendige ärztliche Verordnung und die Kostenübernahme durch die Krankenkasse hinzuweisen.

5.2 Soziotherapie (§ 37a SGB V)

5.2.1 Leistungsvoraussetzungen

Bereits am 23.8.2001 hat der G-BA entsprechende Richtlinien beschlossen, die zum 1.1.2002 in Kraft getreten sind.

Soziotherapie kann verordnet werden, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Im Einzelfall können insgesamt höchstens 120 Stunden innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren erbracht werden. Die Leistung kann nur von Fachärzten für Psychiatrie oder Nervenheilkunde verordnet und nur von ausgebildeten Soziotherapeuten erbracht werden. Sie bedürfen der vorherigen Genehmigung der Krankenkasse.

5.2.2 Schnittstellen

Es bestehen Schnittstellen zu den Teilhabeleistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Insbesondere im Betreuten Wohnen werden vergleichbare Leistungen erbracht.

5.2.3 Lösungen

Der Sozialhilfeträger muss zum Beispiel in den Hilfeplankonferenzen¹⁹ darauf hinwirken, dass zunächst zugelassene Fachärzte die Soziotherapie verordnen und eine ausreichende Zahl von Soziotherapeuten zugelassen werden, damit die verordnete Therapie auch durchgeführt werden kann. Hier gibt es gravierende örtliche Diskrepanzen. Auch wenn die Soziotherapie nicht in der notwendigen Anzahl erbracht wird, ist es die vorrangige Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, in anderer geeigneter Weise mit den ihnen zur Verfügung stehenden Maßnahmen und Methoden die behandlungsbedürftige Erkrankung zu behandeln. In Einzelfällen kann sich durch eine vorschaltete Soziotherapie der Förderaufwand der Sozialhilfe zum Beispiel im Bereich des Betreuten Wohnens sogar verringern.

¹⁹ hinsichtlich der Begriffsdefinition wird auf Rn. 1.2 der vorläufigen Empfehlungen der BAGüS zur Aufstellung und praktischen Anwendung des Gesamtplans nach § 58 SGB XII im Rahmen der Einzelfallsteuerung in der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII verwiesen

Es ist immer wieder festzustellen, dass vorrangig verpflichtete Leistungsträger sich durch Nichtausbau entsprechender Infrastruktur ihrer Leistungspflicht entziehen (z. B. auch bei der Schaffung von Einrichtungen zur „Rehabilitation Psychisch Kranker“ - RPK-Einrichtungen - in einigen Bundesländern), jedoch können ergänzende Leistungen der Sozialhilfe kein Ersatz für notwendige medizinische Leistungen sein.

5.3 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung § 37 b SGB V

5.3.1 Leistungsvoraussetzungen

Der G-BA hat am 20.12.2007 die „Richtlinien von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ beschlossen, die durch die Veröffentlichung vom 11.3.2008 in Kraft getreten sind.

Das Leistungsspektrum umfasst – je nach Bedarf – alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung, sofern sie erforderlich sind, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationärer Pflegeeinrichtung zu ermöglichen.

5.3.2 Schnittstellen zur Sozialhilfe und zur Pflegeversicherung (SGB XI)

Solange die medizinische Behandlung von Palliativpatienten (noch) nicht ausgeschöpft ist, ist der Sozialhilfeträger im Rahmen der allgemeinen Eingliederungshilfe (Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) nicht in der Pflicht, Leistungen zu erbringen.

5.3.3 Lösungen

Leistungen der Palliativversorgung sind auch in Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe möglich, weil sie dem Ziel dienen, betroffenen schwerstkranken Menschen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten Umgebung, die auch ihre bisherige Einrichtung sein kann, zu ermöglichen. Für den betroffenen Personenkreis hat der Gesetzgeber bereits durch § 43 Abs. 3 SGB XI geregelt, dass in besonderen Ausnahmefällen die pflegebedingten Aufwendungen sowie die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Betrag von 1.688 € mtl. übernommen werden, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist.

Daneben können aber auch Leistungen der Palliativversorgung durch die Krankenkassen übernommen werden. Voraussetzung ist, dass sie ausschließlich durch Leistungserbringer erbracht werden, die über einen entsprechenden Leistungsvertrag nach § 132 d SGB V verfügen. Derzeit fehlen jedoch noch die hierfür erforderlichen Empfehlungen gemäß § 132 d Abs. 2, die

- die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung,
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
- Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung festlegen.

5.4 Stationäre Krankenhausbehandlung bei fehlender medizinischer Indikation.

5.4.1 Leistungsvoraussetzungen

Der Große Senat des Bundessozialgerichts hat am 25.9.2007 entschieden²⁰, dass sich der Anspruch auf eine von der gesetzlichen Krankenkasse finanzierte stationäre Krankenhausbehandlung ausschließlich nach den medizinischen Erfordernissen richtet. Es ist nicht Aufgabe der Krankenkasse, so das BSG, die notwendigen gesellschaftlichen oder sozialen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit eine Nachbetreuung sichergestellt ist. Strukturelle Mängel, die beispielsweise durch eine Unterversorgung bei anderen stationären, teilstationären oder ambulanten Behandlungsformen entstanden sind,

²⁰ Beschluss des Großen Senats des Bundessozialgericht am 25.09.2007, Az.: GS1/06

liegen nicht im Zuständigkeitsbereich einer Krankenkasse und sind somit auch nicht von ihr finanziell zu verantworten.

Der Dokumentation der im Krankenhaus durchgeführten Behandlungsmaßnahmen kommt deshalb große Bedeutung zu.

5.4.2 Schnittstellen

Schnittstellen bestehen zum örtlichen Sozialhilfeträger, zum Krankenhaus(-träger) und zum Leistungsträger nach dem SGB V. Je nach dem, aus welchem Grund der weitere Verbleib im Krankenhaus erforderlich ist, kann hierfür neben dem für die Eingliederungshilfe zuständigen Kostenträger auch der örtliche Sozialhilfeträger zuständig sein oder der Krankenhausträger hat eine weitere Übernahme der entstehenden Kosten durch Fehlverhalten verwirkt.

5.4.3 Lösungen

Leistungen der „Hilfen zur Gesundheit“ kommen nicht in Betracht, weil die Behandlung nicht aufgrund einer medizinischen Indikation erfolgt. Es ist aber sicherzustellen, dass – wenn schon aufgrund fehlender medizinischer Notwendigkeit keine stationäre Behandlung erfolgt – die notwendigen ambulanten medizinischen Maßnahmen von der Krankenversicherung erbracht werden. Sollte der Verbleib im Krankenhaus z. B. ausschließlich aufgrund fehlender Unterkunft erforderlich sein, kommt eine Kostenübernahme nicht in Frage.

Ist jedoch eine Betreuung erforderlich, wird sie im Rahmen der Eingliederungshilfe oder im Rahmen der Hilfe in sonstigen Lebenslagen²¹ geleistet, solange eine Betreuungsmöglichkeit außerhalb des Krankenhauses (noch) nicht zur Verfügung steht. Sollte die Krankenkasse ihre Leistungen rückwirkend einstellen (oder nicht mehr verlängern), gilt für den Sozialhilfeträger § 18 Abs. 1 SGB XII (Einsetzen der Sozialhilfe) uneingeschränkt.

Nach §§ 10 und 11 SGB IX ist auch der bisherige Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation in der Verantwortung, dafür Sorge zu tragen, dass die Maßnahmen so zusammengestellt werden, dass sie ineinander greifen (Prinzip der Nahtlosigkeit²²). Darüber hinaus hat auch der Sozialhilfeträger die Möglichkeit, mit der Vorstellung der leistungsberechtigten Person in der Hilfeplankonferenz auf eine nahtlose Weiterbetreuung außerhalb des Krankenhauses hinzuwirken.

Da die leistungsberechtigte Person jedoch keine medizinischen Leistungen erhält, besteht kein Anspruch des Krankenhauses auf Weiterzahlung des Akutpflegesatzes. Ob die medizinischen Kosten dann aus dem Entgelt herausgerechnet werden oder ob ein gesondertes Leistungsentgelt für diese Einzelfälle vereinbart wird, sollte von der Häufigkeit solcher Fallkonstellationen abhängig gemacht werden.

IV. Vorschulische Förderung (§ 54 SGB XII, § 56 SGB IX)

1. Problemlage/Ausgangspunkt

Eingliederungshilfe für behinderte und von Behinderung bedrohte, insbesondere für schwerstbehinderte Kinder muss so früh wie möglich einsetzen, damit ein nachhaltiger Erfolg und eine größtmögliche Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erreicht werden kann.

Neben den Leistungen der Frühförderung und Früherkennung als Komplexleistung (§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII i.V.m. §§ 26 Abs. 2 Nr. 2, 30 SGB IX) dienen als Frühförderung in weiteren Sinne des § 10 Abs. 4 Satz 3 SGB VIII einerseits heilpädagogische

²¹ BSG, Urteil vom 28.2.2007, Az. B 3 KR 15/06 R

²² Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ der BAR vom 22.03.2004

und sonstige Leistungen zur Vorbereitung des Schulbesuchs²³, andererseits heilpädagogische Leistungen für noch nicht eingeschulte Kinder²⁴ (unabhängig von einem etwaigen späteren Schulbesuch) dazu, dieses Ziel zu verwirklichen (Näheres hierzu s. Kap. XII Rn. 2).

Für schulvorbereitende Maßnahmen einschließlich des Besuches eines sog. Schulkindergartens ist zunächst die Kultusbehörde des Landes bzw. der zuständige Schulträger je nach landesrechtlicher Bestimmung vorrangig zuständig. Nachrangig können Leistungen der Eingliederungshilfe zu einer angemessenen Schulbildung nach § 54 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB XII gewährt werden²⁵.

In der Hauptsache finden vorbereitende Schulmaßnahmen und heilpädagogische Förderung aber außerhalb der Verantwortlichkeit der Schule statt. Dabei haben sich für die vorschulische Bildung und Erziehung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder unterschiedliche Organisationsformen entwickelt, und zwar als integrative Kindertagesstätten, sog. Sonderkindergärten (heute überwiegend heilpädagogische Kindertagesstätten genannt), heilpädagogisch selbständige Gruppen, aber auch die Einzelintegration oder die Bildung integrativer Gruppen in allgemeinen Tagesstätten für Kinder.

Es wird vielfach darauf hingewiesen (z.B. Deutscher Schwerhörigenbund e.V.), dass auch bei integrativer Förderung für behinderte Kinder zu Entwicklung ihrer eigenen Identität regelmäßige Zusammentreffen mit gleichartig behinderten Kindern unverzichtbar und notwendig sind.

Jedes Kind – auch ein behindertes Kind – hat spätestens vom vollendeten dritten Lebensjahr bis zum Schuleintritt einen Rechtsanspruch auf Besuch einer Tageseinrichtung, § 24 Abs. 1 Satz 1 SGB VIII. Wie dies auch §§ 4 Abs. 3, 19 Abs. 3 SGB IX und vor allem § 22 a Abs. 4 SGB VIII (und auch § 35 a Abs. 4 Satz 2 SGB VIII) ausdrücklich vorsehen, sollen nach Möglichkeit behinderte und nicht behinderte Kinder gemeinsam betreut und gefördert werden. Es ist allerdings verfassungsrechtlich zulässig, dass der Staat die integrative vorschulische Erziehung unter dem Vorbehalt des organisatorisch, personell und von den sächlichen Voraussetzungen her Möglichen stellt.²⁶

Der Staat ist gemäß Art. 6 Abs. 2 i.V.m. Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG jedoch verpflichtet, entsprechende Einrichtungen für behinderte Kinder bereitzuhalten.

Sonderkindergärten sind teilstationäre Einrichtungen im Sinne der §§ 13, 75 ff. SGB XII, für deren Finanzierung allein die (in der Regel überörtlichen) Träger der Sozialhilfe zuständig sind. Zwar besteht rechtlich auch eine Zuständigkeit des Jugendhilfeträgers für heilpädagogische Maßnahmen in derartigen Einrichtungen für seelisch behinderte Kinder; der jeweilige Landesgesetzgeber hat aber im Rahmen der ihm nach § 10 Abs. 4 Satz 3 SGB VIII zustehende Kompetenz zumeist einer „Einheitslösung“ zu Lasten der Sozialhilfe den Vorzug gegeben.

Die ansonsten für Kindertageseinrichtungen nach § 24 SGB VIII zuständigen Jugendhilfeträger (§ 27 Abs. 2 SGB I) haben für eine Grundversorgung und Ausstattung und für entsprechende Angebote zu sorgen. Wenn darüber hinaus ein behinderungsbedingter Mehrbedarf für geistig oder körperlich behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Kinder besteht, kommen Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII in Betracht.

2. Schnittstelle zur Kindertagesstättenfinanzierung nach SGB VIII

Nach den Bestimmungen des SGB VIII in Verbindung mit den jeweiligen Kindertagesstättengesetzen bzw. vergleichbaren Regelungen der Länder wird die Grundfinanzie-

²³ § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 12 Nr. 1 VO zu § 60 SGB XII.

²⁴ § 54 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. §§ 55 Abs. 2 Nr. 2, 56 SGB IX.

²⁵ Hierzu näher Kapitel V.

²⁶ BVerfG, Beschluss vom 10.02.2006, Az. 1 BvR 91/06.

rung der Kindertagesstätten gesichert (länderspezifische Mischfinanzierung aus Zuschüssen des Landes, des örtlichen Trägers der öffentlichen Jugendhilfe, der Kommunen, Träger und Eltern in der Form von prozentualen Personal- oder Betriebskostenzuschüssen, Platz- oder Gruppenpauschale).

Darüber hinaus ist es nach dem SGB XII und auch nach dem jeweiligen Landesrecht zulässig bzw. unter dem Finanzierungsaspekt geboten, Leistungen der Sozialhilfe für die behinderungsbedingten ergänzenden Hilfen bzw. die entsprechenden Kostenanteile bei integrativen Fördermaßnahmen in Kindertagesstätten zu erbringen und gleichzeitig die auf die Regelkindergartenbetreuung entfallenden Kostenanteile auf der Grundlage der jeweiligen Kindertagesstättengesetze zu finanzieren.

Teilweise werden Kosten der Integration bereits über die Jugendhilfe in Form eines erhöhten Fördersatzes für integrative Gruppen abgedeckt, mit dem dann die Kosten für die Gruppenreduzierung und für geeignetes heilpädagogisches Personal getragen werden.

Die über die jeweilige Grundförderung hinausgehenden Kostenanteile werden als Kosten der spezifischen heilpädagogischen Leistung der Eingliederungshilfe nach SGB XII angesehen.

Wird eine integrative Gruppe als umfassende heilpädagogische Gesamtmaßnahme in teilstationärer Form verstanden, fällt sie, sofern Landesrecht nichts anderes regelt, in die Zuständigkeit der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Die Finanzierung erfolgt zurzeit über Pauschalen oder Leistungsentgelte.

Die langfristigen Auswirkungen geplanter neuer gesetzlicher Regelungen zur Förderung von Kindern unter drei Jahren in Tageseinrichtungen²⁷ insbesondere auf die heilpädagogischen Leistungen der Eingliederungshilfe sind noch nicht abzuschätzen. Grundsätzlich soll behinderten Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf auch unter drei Jahren der Besuch einer Tagesstätte möglich sein, wenn damit die Ziele der Eingliederungshilfe verfolgt werden können.

3. Schnittstelle vorschulischer Leistungen nach §§ 53 ff. SGB XII zu den Leistungen nach SGB VIII

Soweit das Land nicht von der Möglichkeit des § 10 Abs. 4 Satz 3 SGB VIII Gebrauch macht, gehen Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII für junge Menschen (bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres), auch von Kindern, die körperlich und geistig behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, den Eingliederungshilfeleistungen der Jugendhilfeträger für seelisch behinderte Kinder nach § 35 a SGB VIII vor (§ 10 Abs. 4 Satz 2 SGB VIII). Für Eingliederungshilfeleistungen an ein Kind mit Mehrfachbehinderung (seelische und geistig bzw. körperliche Behinderung) ist der im Rahmen der Landesregelungen nach § 97 SGB XII zuständige Träger der Sozialhilfe vorrangig vor dem Jugendhilfeträger zuständig, wenn sowohl die seelische als auch die geistige bzw. körperliche Behinderung den konkreten Hilfebedarf begründen. Daneben bleibt der Jugendhilfeträger für alle sonstigen Jugendhilfen zur vorschulischen Bildung und Erziehung, insbesondere den Hilfen zur Erziehung weiter zuständig²⁸.

Die Träger der Jugendhilfe und die Träger der Sozialhilfe sollen nach § 22 a Abs. 4 Satz 2 SGB VIII bei der Planung, konzeptionellen Ausgestaltung und Finanzierung des Angebots an Tageseinrichtungen zur vorschulischen Bildung zusammen arbeiten. Gemeinsame fachliche Richtlinien und Vereinbarungen sind anzustreben²⁹. (Hinsichtlich der Schnittstelle zur Jugendhilfe vgl. Kap. IX)

²⁷ BT-Dr. 16/9299: Entwurf eines Gesetzes zur Förderung von Kindern unter drei Jahren in Tageseinrichtungen und in Kindertagespflege – Kinderförderungsgesetz (KiföG).

²⁸ Zu weiteren Schnittstellen nach § 10 SGB VIII siehe Kapitel IX

²⁹ Siehe etwa Rahmenvereinbarung „Integrationsplatz“ in Hessen.

4 Lösungen

4.1. *Einrichtungskarakter*

Teilstationäre Einrichtungen im Sinne des § 13 SGB XII sind z.B. heilpädagogische Kindertageseinrichtungen, klassische Sonderkindergärten, Sonderschulkindergärten (soweit zusätzliche Eingliederungshilfeleistungen erforderlich sind). Dies gilt auch, wenn in diesen integrativ gearbeitet wird.

Integrationsleistungen für einzelne behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder in allgemeinen Kindertagesstätten werden nur im Rahmen ambulanter Eingliederungshilfe geleistet.

4.2 *Elternbeiträge/Kosten des Mittagessens*

Etwaige nach Landesrecht von allen Eltern in gleicher Weise zu zahlende Elternbeiträge für den Besuch einer integrativen Kindertagesstätte haben die Eltern behinderter Kinder vorrangig selbst zu tragen³⁰.

Der Kostenbeitrag für die häusliche Ersparnis nach § 92 Abs. 2 Nr. 1 SGB XII ist in der Höhe auf die etwaige tatsächliche Beteiligung an der Verpflegung in einer teilstationären Einrichtung (i.d.R. Sonderkindergärten) beschränkt.

4.3 *Behinderungsbedingter Mehraufwand in allgemeinen Kindertagesstätten*

Der behinderungsbedingte Mehraufwand erfasst vor allem heilpädagogische Maßnahmen der Eingliederungshilfe, die als Voraussetzung für den Besuch der Tageseinrichtung für Kinder erforderlich sind (z.B. zusätzliches Fach- und Hilfspersonal).

4.4 *Medizinische Rehabilitation und Pflege*

Von der Übernahme eines behinderungsbedingten Mehraufwandes sind aber alle Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, die unabhängig von dem Besuch der Kindertagesstätte anfallen, zu unterscheiden, zum Beispiel, wenn ein Hilfsmittel (§§ 26 Abs. 2 Nr. 6, 31 SGB IX) auch ansonsten notwendig wäre. Werden während der Betreuung in einer (heilpädagogischen) Tageseinrichtung für Kinder therapeutische Maßnahmen verordnet (Sprach- und Beschäftigungstherapie, Krankengymnastik usw.), hat die Krankenkasse hierfür vorrangig die Kosten zu übernehmen.

Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V ist auch beim Besuch heilpädagogischer und allgemeiner Tageseinrichtungen vorrangig in Anspruch zu nehmen (s. hierzu Kap. III, Rn. 5.1), zu prüfen und durchzusetzen.

Sind neben der heilpädagogischen Förderung wegen Art und Schwere der Behinderung des Kindes auch Pflegeleistungen erforderlich, sind diese ebenfalls vom Sozialhilfeträger zu erbringen, da Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB IX hierfür nicht zur Verfügung stehen und Pflegegeld und ambulante Pflegesachleistungen nicht angerechnet bzw. abgezweigt werden können.

In Frage kommen darüber hinaus bei Kindern von Beamten bzw. Angestellten im öffentlichen Dienst Beihilfeansprüche auf Übernahme der Kosten für heilpädagogische Maßnahmen.

V. Leistungen zur Schulbildung und zur schulischen Berufsausbildung einschl. Hochschulbesuch (§ 54 Abs. 1 Nr. 1, 2 SGB XII)

Im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII werden neben den Leistungen für behinderte Menschen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft Leistungen zu einer angemessenen Schulbildung (vor allem im Hinblick auf die allgemeine Schulpflicht und den Besuch weiterführender Schulen) und zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf (z.B. in Berufsfach- oder Berufsaufbauschulen) einschließ-

³⁰ BVerwG, Urteil vom 29.04.1999, Az. 5 C 12.98, FEVS Bd. 51, S. 6 ff.

lich des Hochschulbesuches erbracht. Diese umfassen nach § 54 Abs.1 Nr. 1 und 2 SGB XII in Verbindung mit §§ 12, 13 EHVO alle Hilfen, z.B. Schulassistenz, Hilfsmittel.

1. Schulbildung

1.1 Problemlage

Bildung ist ein Menschenrecht und steht selbstverständlich auch behinderten Menschen zu. Das Verfassungsprinzip der Gleichbehandlung (Art. 3 GG) verbietet es zudem, Menschen wegen einer Behinderung beim Erwerb von Bildung zu benachteiligen oder zu bevorzugen (vgl. auch § 4 Abs. 3 SGB IX).

Schule ist als Bildungsort eine zentrale Einrichtung der Gesellschaft. Ihr obligatorischer Besuch gehört zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die Schule vermittelt systematisch Wissen und andere auch sog. informelle (z.B. soziale und kommunikative) Fähigkeiten und Kenntnisse, um einen Beruf auszuüben oder eine Arbeit zu verrichten (somit später auch am Arbeitsleben teilzuhaben). Die Schulbildung unterstützt die Entwicklung behinderter und nicht behinderter Kinder und Jugendlicher zu handlungsfähigen, kompetenten, sozialen und verantwortlichen Mitgliedern der Gesellschaft.

Eine elementare Schulbildung³¹ zählt zu den Grundbedürfnissen des Menschen. Ohne die Fähigkeit, lesen, schreiben oder rechnen zu können, bleiben wichtige Informationen verschlossen, die Kommunikation wird erheblich erschwert und es droht Isolation.

Grundsätzlich sind das Land, dem nach Art. 7 Abs. 1 GG die staatliche Schulaufsicht obliegt, und die jeweils landesrechtlich zuständigen Schulträger für die organisatorische, personelle und sachliche Ausstattung der Schulen verantwortlich. Dies beinhaltet auch die sog. sonderpädagogische Betreuung und Förderung behinderter Schüler, etwa mit dem entsprechenden qualifizierten Personal.

Die Länder haben die Beschulung behinderter Kinder und Jugendlicher unterschiedlich ausgestaltet: Orte der sonderpädagogischen Förderung sind vor allem neben meist behinderungsspezifisch organisierten Förder- bzw. Sonderschulen auch die allgemeinen Schulen, und zwar in Form sog. gemeinsamen Unterrichts oder integrativer Lerngruppen.

Im Hinblick auf die Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe ist festzuhalten, dass Schule keine teilstationäre Einrichtung im Sinne des SGB XII ist. Sie wird auch durch die Einführung (ggf. freiwilliger) Ganztagschulkonzepte, die eine Kooperation mit außerschulischen Anbietern beinhalten, nicht zu einer teilstationären Einrichtung im Sinne des Sozialhilferechts.

Wie die Verweisung in § 54 Abs. 1 SGB XII schon andeutet, ist das SGB IX auf den Schulbesuch nicht anwendbar.

1.2 Schnittstellen

Schulrecht geht der Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII vor.

Die Leistungen der Schule haben Vorrang vor der Inanspruchnahme von Sozialleistungen. Um die Leistungen zur Schulbildung und Annexbedarfe (Fahrkosten etc.) zu decken, kommen daher vor einer Inanspruchnahme von Sozialhilfe in erster Linie Ansprüche gegen die verantwortlichen Kultusbehörden und die landesrechtlich zuständigen Schulträger in Betracht. Es ist daher zunächst vorrangig zu prüfen, ob und inwieweit die landeschulrechtlichen Regelungen entsprechende Leistungen zur angemessenen Schulbildung bzw. zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf vorsehen.

Darüber hinaus können auch vorrangige Ansprüche gegen die Träger der Jugendhilfe³², die Träger der Arbeitsförderung und andere Träger der beruflichen Rehabilitation

³¹ Es besteht insoweit allgemeine Schulpflicht und ggf. Förder- bzw. Sonderschulpflicht (in der Regel bis zum 10. Schuljahr).

oder die Kranken- und Pflegekassen bestehen. Bei den Hilfen nach § 54 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII ist der Nachrang gegenüber den Leistungen der Arbeitsförderung und beruflichen Rehabilitation (§ 19 bzw. § 29 Abs. 1 Nr. 2 SGB I, § 33 Abs. 3 Nr. 4 SGB IX) zu beachten: Führen betriebliche und schulische Ausbildung zu gleichwertigen beruflichen Abschlüssen, ist auf die Inanspruchnahme dieser vorrangigen Leistungen zu verweisen, soweit nicht behinderungsbedingte Mehraufwendungen zu tragen sind, für die der Sozialhilfeträger zuständig ist.

Sämtliche genannten grundsätzlich vorrangigen Leistungsansprüche müssen dabei zur Bedarfsdeckung rechtzeitig durchgesetzt werden können. Ansonsten ist der Nachrang gegenüber den Sozialleistungsträgern (nicht den Schulträgern) durch die Geltendmachung von Erstattungsansprüchen wiederherzustellen.

1.3 Die Wahl des Förderortes

Es besteht kein Rechtsanspruch auf integrative Beschulung behinderter Menschen. Das von den Ländern vorgehaltene System der Sonder- bzw. Förderschulen kann wie die allgemeine Schule den (sonderpädagogischen) Förderbedarf behinderter Menschen befriedigen.

Die Entscheidung über die insofern geeignete Schulform ist erst dann eine grundrechtswidrige Benachteiligung, wenn auf eine Sonder- bzw. Förderschule überwiesen wird, obgleich an einer allgemeinen Schule mit entsprechender Förderung unterrichtet werden könnte, der dafür erforderliche Aufwand mit vorhandenen Mitteln bestritten werden kann und auch organisatorische Probleme und schutzwürdige Belange Dritter der integrativen Beschulung nicht entgegenstehen³³. Es ist insofern verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, dass nach diesem Konzept die integrative Erziehung und Unterrichtung unter den Vorbehalt des organisatorisch, personell und von den sächlichen Voraussetzungen her Möglichen gestellt ist.

Art. 24 der VN-Behindertenrechtskonvention eröffnet neue Entwicklungen, die auch hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Sozialhilfe zu beobachten sind.

Die schulgesetzlich rechtmäßige Bestimmung der zuständigen Schulbehörde des Förderortes ist vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe jedoch zu respektieren. Dies gilt auch bei der Ausübung des Wahlrechtes durch die Eltern (und ggf. das Kind)³⁴. Auf den Nachranggrundsatz des § 2 Abs. 1 SGB XII, damit auf den möglichen Erhalt der erforderlichen Leistung in einer zwar nicht gewählten, aber auch zumutbaren Förderschule, kann insoweit nicht verwiesen werden. Das Wahlrecht der Eltern wird nicht durch den Mehrkostenvorbehalt des § 9 Abs. 2 SGB XII eingeschränkt.

1.4 Einzelne Leistungen (Schnittstellen und Empfehlungen)

1.4.1 Integrationshelfer³⁵

Hat die Schule nach geltendem Schulrecht den notwendigen Betreuungsaufwand sicherzustellen, ist zuerst zu ermitteln, ob diese Verpflichtung auch tatsächlich und konkret die Kosten für eine Assistenz bzw. eine Schulbegleitung umfasst. Einige Länder schließen teils ausdrücklich die Übernahme dieser Kosten aus³⁶.

Beim Besuch einer Förderschule- bzw. Sonderschule für behinderte Menschen ist davon auszugehen, dass der Bedarf für die Unterstützung durch einen Integrationshelfer durch die Schule abzudecken ist (insbesondere pflegerische Hilfen, Hilfen bei lebenspraktischen Aufgaben, Hilfen sowie Betreuung und Unterstützung im schulischen Freizeitbereich). Etwas anderes kann vor allem bei wesentlich körperlich behinderten Men-

³² Zur Schnittstelle siehe hier oben Kapitel IX

³³ BVerfG, Beschluss vom 08.10.1997, BVerfGE Bd. 96, S. 288.

³⁴ BVerwG, Urteile vom 26.10.2007, Az. 5 C 34.06 und 5 C 35.06.

³⁵ Im Folgenden wird nur noch der „schillernde Begriff“ des Integrationshelfers als Synonym für jede Form der Unterrichtsbegleitung und -unterstützung gebraucht.

³⁶ Z.B. § 92 SchulG NRW, §§ 49 ff. HSchulG Rheinland-Pfalz.

schen gelten, wenn Art und Intensität der Behinderung einen außergewöhnlichen Betreuungs- und Förderbedarf verursachen, den die Schule mit dem vorhandenen Personal nicht decken kann, ohne zugleich den Bildungsanspruch der Mitschüler zu gefährden. Insbesondere beim Besuch der allgemeinen Schule muss bei Übernahme der Kosten eines Integrationshelfer im Rahmen der Eingliederungshilfe das Leistungsspektrum, der Umfang der Hilfe und die Qualifikation des Integrationshelfers detailliert beschrieben werden, um die Leistungen der Sozialhilfe vom schulischen Auftrag abgrenzen zu können. Zu klären ist dabei auch die Frage, wer dem Integrationshelfer Weisungen erteilen darf³⁷.

Leistungen der Eingliederungshilfe sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig, § 13 Abs. 3 SGB XI. Dennoch können geleistete Pflegegelder anspruchsmindernd berücksichtigt werden, wenn die Einstufung nach SGB XI einen Bedarf an Grundpflege während der Schulzeiten berücksichtigt, auch wenn der Integrationshelfer die Pflege erbringt.

Sofern Schülerinnen und Schüler einen Anspruch auf Behandlungspflege gemäß § 37 Abs. 2 SGB V gegen die Krankenversicherung haben, besteht dieser vorrangige Anspruch auch während des Schulbesuchs beim Einsatz eines Integrationshelfers³⁸.

1.4.2 Fahrtkosten

Vor der Übernahme von Fahrtkosten im Rahmen der Sozialhilfe ist zu prüfen, ob die Kosten der Schülerbeförderung vom Land bzw. dem Schulträger zu übernehmen sind; dies kann auch die Kosten einer Begleitperson einschließen. Das Land kann auch die Eltern verpflichten, die Fahrtkosten zu tragen. Diese haben in diesem Fall keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten im Rahmen der Eingliederungshilfe.

1.4.3 Lernmittel und Schulgeld

Im Hinblick auf die Lernmittel ist vorrangig auf die Lernmittelfreiheit zu verweisen. Es ist grundrechtlich aber auch erlaubt, dass die Schulgesetze den unterhaltspflichtigen Eltern ersatzlos diese Kosten der Schulbildung oder ein etwaiges Schulgeld aufbürden. Ein behinderungsbedingter Mehraufwand ist darin nicht zu sehen.

1.4.4 Hilfsmittel zum Schulbesuch

Die Leistungen zur schulischen (ggf. beruflichen) Bildung nach §§ 53 ff. SGB XII umfassen grundsätzlich auch etwaige Hilfsmittel (PC, Lernhilfen etc.). Vorrangig ist aber zu prüfen, ob das beantragte Hilfsmittel zur schulischen Ausstattung gehört bzw. nach Landesrecht schulrechtliche Ansprüche auf seine Anschaffung bestehen.

Bei der allgemeinen Schulpflicht und ggf. Förder- oder Sonderschulpflicht bestehen zudem im Rahmen der medizinischen Rehabilitation behinderter Menschen auf Versorgung mit einem Hilfsmittel vorrangige Ansprüche gegen die Krankenkassen (oder Beihilfestellen), wenn diese dazu dienen, die Schulfähigkeit herzustellen oder zu sichern bzw. eine elementare Schulbildung als allgemeines menschliches Grundbedürfnis eines Schülers zu erwerben (z.B. für PC, Notebook, Seh- und Hörhilfen). Näheres zur Hilfsmittelversorgung s. Kap. VIII.

Auch eine ggf. notwendige Zweitversorgung mit einem Hilfsmittel ist im Rahmen einer Schulpflicht vorrangig gegen die Krankenkasse bzw. Beihilfestelle durchzusetzen.

Die Krankenkasse hat beim Transport zur Schule vorrangig die Kosten für einen sog. Kraftknoten nach § 33 SGB V zu übernehmen³⁹.

³⁷ BVerwG, Urteil vom 28.4.2005, Az. 5 C 20.04

³⁸ BSG, Beschluss vom 21.11.2002, Az: B 3 KR 6/02 R.

³⁹ BSG, Urteile vom 20.11.2008, B 3 KN 4/07 R, B 3 KR 6/08 R, B 3 KR 16/08 R

1.4.5 Internatsbesuch

Zu den Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach § 54 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB XII kann auch der Besuch eines Internates gehören.

Es ist stets vorrangig zu prüfen, ob der behinderte Schüler einen BAföG-Anspruch auf Übernahme der Internatskosten (einschließlich Fahrkosten) hat. Beim Vorrang der Leistungen der Ausbildungsförderung insbesondere der Zusatzleistungen nach der Härteverordnung zu § 14 a BAföG ist allein maßgeblich, dass der Schulbesuch entferntensbedingt den Besuch eines angeschlossenen Internates oder gleichgestellten Wohnheimes auslöst⁴⁰. Im Rahmen des § 2 Abs. 1 SGB XII sind zunächst die Eltern bzw. die ansonsten BAföG-Berechtigten auf eine entsprechende Antragstellung hinzuweisen. Zur Sicherung der vorrangigen Ansprüche ist ggf. nach Eintritt in die Hilfe nach § 95 SGB XII bzw. §§ 102 ff. SGB X vorzugehen.

2. schulische Berufsausbildung

Die Ausführungen unter 1. gelten entsprechend für die schulische Ausbildung für einen Beruf nach § 54 Abs. 1 Nr. 2. SGB XII in Verbindung mit § 13 EHVO, soweit nicht die allgemeine Schulpflicht betroffen ist und § 13 Abs. 2 EHVO besondere Voraussetzungen verlangt.

3. Hilfen zum Besuch einer Hochschule

Das unter 2. Gesagte gilt zunächst auch für den Besuch einer Hochschule. Im Übrigen wird auf die gesonderte Empfehlung zu den Hochschulhilfen verwiesen⁴¹.

VI. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

1. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX

Kann die Erwerbsfähigkeit behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit erhalten, verbessert, hergestellt oder wieder hergestellt und damit ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer gesichert werden, besteht ein Anspruch auf Leistungen nach den einschlägigen Vorschriften der jeweiligen Leistungsgesetze (SGB II, III, VI, VII) in Verbindung mit den Regelungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX.

Dieser Anspruch ist vorrangig gegenüber den Leistungen in Werkstätten (s. Rn. VI 3). Ein Wunsch und Wahlrecht zwischen den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben des allgemeinen Arbeitsmarktes und den Leistungen in Werkstätten besteht somit nicht.

2. Verhältnis der vorrangigen Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben zur Eingliederungshilfe

Für die Leistungen der Eingliederungshilfe verweist zwar § 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII insbesondere auf § 33 SGB IX, jedoch entsprechen die Leistungen der beruflichen Rehabilitation gem. Abs. 1 Satz 2 denen der Bundesagentur für Arbeit. Damit bleibt für die Eingliederungshilfe für die in § 33 SGB IX genannten Leistungen kein Raum. Der Nachranggrundsatz der Sozialhilfe ist hier abschließend geregelt.

⁴⁰ ebenso BVerwG mit Urteil vom 2.12.2009 - Az. 5 C 33.08 – (Urteilsbegründung liegt noch nicht vor).

⁴¹ BAGüS Empfehlungen für Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen zum Besuch der Hochschule (Stand 14.12.2005).

Dieser Nachrang gilt auch gegenüber den Eingliederungsleistungen nach § 16 SGB II, auch wenn für sie die Arbeitsgemeinschaften nach § 44b SGB II oder die optierenden Kommunen nach § 6a SGB II zuständig sind.

Zusätzlich wird im SGB IX ausdrücklich klargestellt, dass

- das Überbrückungsgeld (§ 33 Abs. 3 Nr. 5 SGB IX),
- der Ausgleich für unvermeidbaren Verdienstausfall (§ 33 Abs. 8 Nr. 2 SGB IX) und
- die Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz (§ 33 Abs. 8 Nr. 3 SGB IX)

keine Leistungen sind, die ggf. auch der Sozialhilfeträger zu erbringen hat. Gleiches gilt auch für Leistungen an Arbeitgeber nach § 34 SGB IX sowie für unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen nach §§ 44 ff. SGB IX.

3. Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen

3.1 Aufgabenstellung der Werkstätten

Aus der Bestimmung des Personenkreises in § 136 Abs. 1 Satz 2 SGB IX folgt, dass Werkstätten nur dann Leistungen für behinderte Menschen anzubieten haben, wenn diese nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können. Dies sind deshalb Personen, die wegen Art und Schwere der Behinderung als voll erwerbsgemindert im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 3 SGB VI gelten⁴², weil sie auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindesten drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein und somit nicht, noch nicht oder noch nicht wieder dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Dies gilt sowohl für Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich; wie auch im Arbeitsbereich. Die volle Erwerbsminderung endet auch bei Personen, die den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt anstreben, erst, wenn die berufliche Eingliederung durch die Aufnahme eines sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses vollzogen ist.

Diese Personen können deshalb auch nicht für Maßnahmen in anderen weiterqualifizierenden Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (z. B. Berufsbildungswerke, andere außerbetriebliche Stätten der Berufsvorbereitung und der beruflichen Bildung) gefördert werden, eine Ausbildung (in anerkannten Ausbildungsberufen oder Helfer-Werkerausbildung) beginnen oder eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einschließlich einem Integrationsprojekt (§ 132 SGB IX) aufnehmen.

Allerdings hat die Werkstatt gem. § 136 Abs. 1 Satz 3 SGB IX die Pflicht, den Übergang geeigneter Personen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu fördern. Hierfür sieht § 5 Abs. 4 WVO besondere übergangsfördernde Maßnahmen vor, die die Werkstätten anzubieten haben. Der Fachausschuss gem. § 2 WVO gibt daher in regelmäßigen Abständen, wenigstens einmal jährlich eine Stellungnahme dazu ab, welche behinderten Menschen für einen Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt in Betracht kommen. Führen die übergangsfördernden Maßnahmen in der Werkstatt dazu, dass der behinderte Mensch die Anforderungen an die Leistungsfähigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes erfüllt, besteht ein Anspruch auf die vorrangigen Leistungen der beruflichen Rehabilitation sowie der begleitenden Hilfen und Unterstützung am Arbeitsplatz.

3.2 Zuständigkeit im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich

§ 42 SGB IX regelt, welche Rehabilitationsträger für die einzelnen Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich der Werkstätten zuständig sind, nämlich

⁴² s. hierzu Schreiben des BMAS an die BA vom 21.10.2008, Az. Va2-58162-2

1. die Bundesagentur für Arbeit nach § 102 Abs. 2 SGB III, soweit nicht der Träger der Unfallversicherung, Rentenversicherung oder Kriegsopferfürsorge vorrangig zuständig ist,
2. die Träger der Unfallversicherung nach § 35 Abs. 1 SGB VII im Rahmen ihrer Zuständigkeit für durch Arbeitsunfälle Verletzte und von Berufskrankheiten Betroffene,
3. die Träger der Rentenversicherung nach § 16 SGB VI unter den Voraussetzungen der §§ 11 bis 13 SGB VI,
4. die Träger der Kriegsopferfürsorge unter den Voraussetzungen der §§ 26 und 26a BVG,

in Verbindung mit § 40 SGB IX;

Hat allerdings ein behinderter Mensch (z. B. dienstunfähige Beamte) dem Grunde nach keinen Anspruch auf Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich gegenüber einem der vorgenannten Rehabilitationsträger, käme eine Leistungserbringung durch den Träger der Sozialhilfe nach § 54 Abs. 1 SGB XII i. V. m. § 33 Abs. 1 und § 40 SGB IX in Betracht; § 42 Abs. 1 SGB IX hat also keine anspruchsaus-schließende Wirkung gegenüber dort nicht aufgeführten Rehabilitationsträgern⁴³.

3.3 Leistungsrechtliche Voraussetzungen für Leistungen im Arbeitsbereich der Werkstätten

Leistungen der Eingliederungshilfe werden nach § 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII für werkstattbedürftige Menschen nur im Arbeitsbereich der Werkstätten erbracht, da in dieser Bestimmung ausschließlich auf § 41 SGB IX verwiesen wird. Dies findet auch in dem Katalog des § 42 SGB IX seinen Niederschlag, der die für die verschiedenen Bereiche der Werkstätten jeweils zuständigen Leistungsträger abschließend benennt.

Anspruch auf Leistungen des Sozialhilfeträgers im Arbeitsbereich der Werkstätten haben nach § 41 Abs. 1 SGB IX behinderte Menschen, bei denen eine

- Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder
- Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung und Weiterbildung oder berufliche Ausbildung

wegen Art und Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder in Betracht kommen, die aber in der Lage sind, nach Abschluss der Maßnahmen im Berufsbildungsbereich wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen.

Dabei ist zu beachten, dass der Anspruch auf Teilhabe am Arbeitsleben mit dem Erreichen der rentenversicherungsrechtlichen Altersgrenze endet.

Folglich kommen für eine Beschäftigung im Arbeitsbereich grundsätzlich nicht in Betracht⁴⁴

- lernbehinderte Menschen⁴⁵, da diesen anderweitige berufsfördernde Instrumente zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX zur Verfügung stehen, ggf. unter Einschaltung von Integrationsfachdiensten (§§ 109 ff. SGB IX) und durch Beschäftigung und Qualifizierung in Integrationsprojekten (§§ 132 ff. SGB IX); ist jedoch die Lernbehinderung verbunden mit erheblichen Störungen der visuellen Wahrnehmungsfunktionen, gravierenden Aufmerksamkeitsstörungen, erhebliche Gedächtnisstörungen und erhebliche Störungen der Denkfähigkeit und Handlungsstörungen, wodurch insgesamt eine wesentliche Behinderung vorliegt und die eine Qualifizierung und

⁴³ vgl. Werkstattempfehlungen (WE) der BAGüS, Stand 1.1.2010, Rn. 10.6

⁴⁴ vgl. WE der BAGüS, Rn. 10.4.1

⁴⁵ Näheres hierzu s. Orientierungshilfe der BAGüS zum Behinderungsbegriff nach dem SGB IX und SGB XII und dessen Umsetzung in der Sozialhilfe vom 27.11.2007 (Rn.5.2.2)

den Einsatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – zumindest zum Zeitpunkt des Aufnahmebegehrens in den Arbeitsbereich - ausschließen, sind die Voraussetzungen für die Beschäftigung im Arbeitsbereich (bis auf Weiteres) erfüllt,

- erwerbsfähige schwerbehinderte Menschen, da diese dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen und für diesen Personenkreis besondere Förder- und Integrationsmöglichkeiten nach §§ 33, 104, 132 ff. SGB IX i. V. m. dem SGB II oder SGB III bestehen,
- erwerbsfähige behinderte Menschen, für die Leistungen zur Eingliederung in Arbeit nach § 16 SGB II oder Leistungen nach dem SGB III i. V. m. § 33 SGB IX erbracht werden können,
- Personen, bei denen ausschließlich wegen besonderer sozialer Schwierigkeiten Hilfe nach § 67 SGB XII geboten ist,
- Bezieher von Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung nach § 43 Abs. 1 SGB VI, weil sie trotz ihrer Behinderung noch in der Lage sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden – aber nicht mehr als sechs Stunden - täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 2 SGB VI), ggf. mit Hilfe von Leistungen nach §§ 33 ff. SGB IX und mit begleitender Hilfe am Arbeitsleben des Integrationsamtes nach § 102 SGB IX,
- Bezieher einer so genannten Arbeitsmarktrente i. S. d. Rechtsprechung des BSG⁴⁶ Rente wegen voller Erwerbsminderung auch an Personen, deren (Rest-) Leistungsvermögen noch Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zwischen drei und sechs Stunden täglich zulässt, denen aber binnen eines Jahres kein geeigneter Arbeitsplatz angeboten wird,
- behinderte Menschen, die zum Zeitpunkt des beantragten Beschäftigungsbeginns die rentenversicherungsrechtliche Altersgrenze erreicht haben,
- behinderte Menschen, für die Betreuung und Förderung i.S.d. § 136 Abs. 3 SGB IX geboten sind.

Der Grundsatz des Vorrangs der Leistungen der beruflichen Rehabilitation nach § 33 SGB IX gilt insbesondere für schwerbehinderte (Sonder/Förder-) Schulabgänger. Es ist daher Aufgabe der Bundesagentur für Arbeit im Rahmen der Berufsberatung (§ 104 SGB IX i. V. m. §§ 30 ff. und §§ 97 ff. SGB III) sowie ihrer Beteiligung nach § 38 SGB IX durch gebotene Methoden, Tests und ärztliche sowie psychologische Untersuchungen rechtzeitig vor Beendigung der schulischen Bildung und unter Einbeziehung des Integrationsfachdienstes (§ 109 Abs. 2 i. V. m. § 110 Abs. 2 SGB IX) abzuklären, ob berufliche Bildungsmaßnahmen außerhalb einer Werkstatt möglich sind bzw. Vermittlungsfähigkeit vorliegt.

Das von der BA hierzu entwickelte Verfahren zur Diagnose der Arbeitsmarktfähigkeit besonders betroffener behinderter Menschen nach § 33 Abs. 4 SGB IX (DIA-AM) soll mit dazu beitragen, die Fähigkeiten und Leistungspotenziale behinderter Menschen in einem bis zu 3-monatigen Verfahren genauer, als in den üblicherweise angewendeten Verfahren zu klären.

Die ungünstige Lage auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder ein Kapazitätsmangel alternativer Bildungsangebote rechtfertigen nicht die Zuweisung eines behinderten Menschen an eine Werkstatt, sondern verpflichten vielmehr die zuständigen Rehabilitationsträger, die Voraussetzungen für die Realisierung der im Einzelfall möglichen Teilhabe am Arbeitsleben außerhalb einer Werkstatt zu schaffen (§ 17 SGB I, § 19 SGB IX).

⁴⁶ BSGE 78, 207, 210 = SozR 3 – 2600 § 43 Nr. 13 m. w. N.

VII. Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX)

1. Allgemein

Die Leistungen der Eingliederungshilfe verfolgen eine doppelte Zielsetzung. Zum einen soll mit ihnen eine drohende Behinderung verhütet oder eine bestehende Behinderung oder deren Folgen beseitigt oder gemildert werden. Zum anderen dienen sie dem Ziel, den behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern (§ 53 Abs. 3 SGB XII).

Während bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation § 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII auf § 26 SGB IX und den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf § 33 SGB IX verweist, wird bei den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, die herkömmlich auch als "soziale Rehabilitation" bezeichnet werden, auf § 55 SGB IX verwiesen.

In seinen Anwendungsbereich fallen alle diejenigen Leistungen, die nach den Kapiteln 4 bis 6 SGB IX nicht erbracht werden. Neben Hilfsmitteln und heilpädagogischen Leistungen für (noch nicht eingeschulte) Kinder sind weitere Hilfen aufgezählt, so die Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt, Hilfe bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, Hilfen zum selbst bestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten sowie Hilfen am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.

Aus dem Regelungszusammenhang und der Systematik dieses Normenkomplexes folgt eine zwingende Reihenfolge der Teilhabeleistungen, d.h. ein Vorrang der unterhaltssichernden Leistungen, der Leistungen der medizinischen Rehabilitation und der Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben vor den Leistungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

2. Schnittstelle zu unterhaltssichernden Leistungen

Unterhaltssichernde Leistungen dienen der Befriedigung des notwendigen Lebensunterhalts bzw. des Regelunterhalts. Hierzu zählen insbesondere persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens, die zu den Grundbedürfnissen der leistungsberechtigten Person gehören (sh. § 27 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB XII sowie § 20 Abs. 1 SGB II).

Zu den Grundbedürfnissen gehören auch Beziehungen zur Umwelt und eine Teilnahme am kulturellen Leben "in vertretbarem Umfang". Insoweit existiert eine (scheinbare) Überschneidung mit den Leistungen gemäß § 55 Abs. 2 Nr. 7 und § 58 SGB IX.

Ist mit dem in der Bedarfsgruppe "persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens" genannten Bestandteil des Eckregelsatzes bezweckt, dem Hilfebedürftigen eine freie, selbstbestimmte und -gestaltete Lebensführung zu ermöglichen, die im Wesentlichen der Gestaltung der privaten Lebenssphäre und dem Aufbau und Erhalt sozialer Kontakte durch gelegentlichen Besuch geselliger Veranstaltungen oder der Befriedigung des Informationsbedürfnisses bspw. durch eine Tageszeitung dient, stellen die Hilfe im Rahmen der sozialen Rehabilitation i.S.d. § 55, 58 SGB IX, in deren Vordergrund die persönlichen menschlichen Begegnungen stehen, eine Ersatzleistung dar, wenn wegen der Schwere der Behinderung die persönliche Teilnahme am Gemeinschaftsleben nicht oder nur in unzureichender Art und Weise möglich ist.

Sind im Einzelfall die Regelsatzleistungen zu Befriedigung der persönlichen Bedürfnisse des täglichen Lebens "in vertretbarem Umfang" unzureichend, wegen der Schwere der Behinderung weitere Hilfen angezeigt, um Beziehungen zur Umwelt aufzubauen oder zu erhalten und alle vorrangigen Leistungen und Vergünstigungen wie die unentgeltliche Beförderung im ÖPNV ausgeschöpft, ist der Anwendungsbereich der §§ 55 Abs. 1 Nr. 7, 58 SGB IX eröffnet.

Die Kosten für eine Begleitperson beim Besuch von Veranstaltungen, die der Geselligkeit oder kulturellen Zwecken dienen, können im Einzelfall hierzu zählen. Ausgehend

vom Bedarfsdeckungs- und Individualisierungsgrundsatz werden jedoch nur diejenigen Kosten zu übernehmen sein, die konkret nachgewiesen sind⁴⁷.

Ein Anspruch auf Übernahme der Betreuungskosten für die Teilnahme an einer Ferienmaßnahme kann auch dann bestehen, wenn durch die Teilhabeleistung nicht mit einer dauerhaften Entwicklung im Sinne einer Behebung der Behinderung zu rechnen ist. Vielmehr soll genügen, dass mit der Maßnahme eine Milderung der Beeinträchtigung erreicht werden kann⁴⁸. Dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe wegen der Schwere der Behinderung erfüllt oder nicht erfüllt werden könne, sei, anders als bei anderen Leistungen der Eingliederungshilfe, nicht maßgeblich.

3. Schnittstelle zu den Leistungen nach dem SGB II

Bei erwerbsfähigen Hilfe suchenden Personen wird der überwiegende Bestandteil der Aufgabe, gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen oder zu sichern, die berufliche Teilhabe sein. Werden Leistungen der beruflichen Teilhabe durch die Träger der Arbeitsverwaltung erbracht, sind in §§ 16 SGB II und § 22 SGB III umfassende Leistungen der psychosozialen Betreuung vorgesehen. Schwerpunkte einer Betreuung i.S.d. § 16 Abs. 2 Nr. 3 SGB II liegen vor allem in einer individuellen und umfassenden psychosozialen Beratung sowie der gleichzeitigen Betreuung u.a. der Gesundheit, des Berufes, der Wohnung und Behördenangelegenheiten. Eine solche Betreuung ist insbesondere ausgerichtet auf die Stabilisierung der Gesundheit, die soziale Reintegration sowie die Entwicklung von Lebenszielen und -perspektiven.

Unterschiedlich wird die Frage diskutiert, ob erwerbsfähige (behinderte) Hilfe suchende Personen, die anspruchsberechtigt sind nach dem SGB II, neben Leistungen des SGB II auch Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII beziehen können.

Mit der jüngsten Rechtsprechung, namentlich der Beschluss des LSG Sachsen-Anhalt⁴⁹, sowie dem Beschluss des SG Magdeburg⁵⁰, soll eine Erbringung von Leistungen der Teilhabe am Gemeinschaftsleben auch Beziehen von Leistungen nach dem SGB II möglich sein. Wesentliches Abgrenzungskriterium soll der Schwerpunkt des Hilfebedarfs sein. Der Träger der Arbeitsverwaltung sei zuständig und zur Leistungserbringung verpflichtet, wenn der Hilfebedarf unmittelbar im Hinblick auf eine beabsichtigte Arbeitsaufnahme besteht oder eine nur gelegentliche psychosoziale Betreuung und Suchtberatung notwendig sei. Hingegen sei der Träger der Sozialhilfe verpflichtet, wenn vordergründig die Überwindung einer sozialen Isolation, die Vermittlung einer Tagesstruktur sowie eine psychosoziale Betreuung erforderlich ist.

Die in der Rechtsprechung entwickelten Abgrenzungskriterien tragen dem Umstand der attestierten Arbeitsfähigkeit nicht in ausreichendem Maße Rechnung. Behinderte Menschen, die als erwerbsfähig einzustufen sind, haben vorrangig die Leistungen nach SGB II, III auszuschöpfen. Dies gilt unabhängig davon, ob eine Arbeitsaufnahme beabsichtigt oder eine gelegentliche psychosoziale Betreuung notwendig ist. Der überwiegende Bestandteil der gesellschaftlichen Teilhabe liegt beim Erwerbsfähigen im Bereich der beruflichen Teilhabe, so dass insoweit der Nachranggrundsatz des SGB XII greift.

In diesem Sinne ist auch die Entscheidung des BSG zur Wohnungshilfe (behinderten-gerechter Umbau einer Küche)⁵¹ zu verstehen. Der Förderrahmen des behinderten Menschen bei der Teilhabe am Arbeitsleben beschränke sich danach auf die durch die Berufsausübung bzw. Erreichung des Arbeitsplatzes ausgelöste Bedarfslage. Lediglich Maßnahmen ohne unmittelbaren Bezug zur positiven Entwicklung der Erwerbsfähigkeit und der diesbezüglich ausgelösten Bedarfslage sollen der Teilhabe am Leben in der

⁴⁷ VGH Hessen, Urt. v. 26.05.1992, UE 52/89, FEVS 43, 128)

⁴⁸ OVG Schleswig, Urteil vom 16.03.2005, 2 LB 71/04, FEVS, 57, 511 ff.

⁴⁹ Urteil vom 23.3.2007, L 8 B 41/06 SO ER

⁵⁰ Beschluss vom 12.10.2006, S 14 SO 106/06 ER,

⁵¹ Urteil vom 26.10.2004, B 7 AL 16/04 R

Gemeinschaft zuordnenbar sein, da insoweit ein notwendiger Zusammenhang zwischen der begehrten Leistung und dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit nicht bestehe.

Zu beachten ist auch die Entscheidung des BSG⁵², die sich mit dem Einrichtungsbegriff des § 7 Abs. 4 SGB II auseinandersetzt und klarstellt, dass dieser nicht durch einen Rückgriff auf das Sozialhilferecht bestimmt werden kann. Der Begriff der Einrichtung i.S.d. § 7 Abs. 4 SGB II ist nach objektiven Kriterien zu bestimmen. Ist dem Leistungsberechtigten wegen der Struktur der Einrichtung möglich, gemäß § 8 SGB II täglich einer Erwerbstätigkeit von drei Stunden auf dem Arbeitsmarkt nachzugehen und hat er die Möglichkeit dazu, handelt es sich nicht um eine Einrichtung i.S.d. SGB II. Ist hingegen aufgrund der Struktur und konkreten Ausgestaltung des Tagesablaufs der Leistungsberechtigte daran gehindert, aus der Einrichtung heraus einer Tätigkeit in diesem Umfang nachzugehen, d.h. wegen der Einbindung in den Tagesablauf der Einrichtung räumlich und zeitlich so weitgehend fremdbestimmt, dass für die im SGB II vordergründigen Integrationsbemühungen zur Eingliederung in Arbeit nicht ausreichend Raum ist, handelt es sich um eine Einrichtung im Sinne des § 7 Abs. 4 SGB II. In diesem Fall besteht kein Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende, sodass im Bedarfsfalle Leistungen nach dem SGB XII zu erbringen sind.

4. Schnittstelle zu Leistungen nach dem SGB V

Adaptionsmaßnahmen nach abgeschlossener Langzeitentwöhnungsbehandlung stabilisieren die Abstinenzfähigkeit und bieten soziale und berufliche Orientierung. Spezielle Schnittstellenprobleme können bei Leistungen an noch nicht arbeitsfähige Personen bestehen, welche die nach dem SGB VI erforderlichen Vorversicherungszeiten nicht erfüllen.

Wird eine Adaptionsmaßnahme nicht nach einem bestimmten ärztlichen Behandlungsplan ausgeführt, kann nicht von einer Rehabilitationsmaßnahme nach §§ 40 Abs. 2, 11 Abs. 2 und 107 Abs. 2 SGB V ausgegangen werden, so BSG,⁵³.

Adaption ist als medizinische Rehabilitationsmaßnahme nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung zu qualifizieren, wenn sie der Vorsorge oder der Rehabilitation i.d.S. dient und die Maßnahme in organisatorischer, institutioneller Hinsicht "fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung" steht. Bei der sozialen Rehabilitation steht dagegen z.B. das Training lebenspraktischer Fähigkeiten, die Übung eines aktiven Freizeitverhaltens, der Aufbau eines neuen Lebensmittelpunktes mit tragfähigen sozialen Kontakten sowie die Vertiefung der Krankheitseinsicht im Vordergrund. Dabei handelt es sich um Teilhabeleistungen nach § 55 SGB IX.

Bei Suchtkranken, die erfolgreich eine Langzeitentwöhnungstherapie mit anschließender Adaption absolviert haben und als arbeitsfähig aus der medizinischen Rehabilitation entlassen wurden und eine weitere niederschwellige Nachbetreuung benötigen, ist der im Einzelfall festzustellende Hilfebedarf der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auf den Bereich der Freizeitgestaltung zu reduzieren.

VIII. Hilfsmittelversorgung

1. Allgemeines

Hilfsmittel sind von großer Bedeutung für behinderte Menschen. Aus dem verfassungsrechtlichen Verbot der Benachteiligung behinderter Menschen in Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG lassen sich jedoch unmittelbar keine konkreten Leistungsansprüche herleiten. Voraussetzung ist daher eine Ermächtigung auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches.

⁵² Urteil 06.09.2007, B 14/7b AS 16/07 R

⁵³ Urteil vom 26.06.2007, B 1 KR 36/06 R

Unter Hilfsmitteln werden Körperersatzstücke sowie orthopädische und andere Hilfsmittel verstanden (§ 31 SGB IX), soweit sie nicht allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind. Sie dienen dem Zweck, den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine bestehende Behinderung auszugleichen. Beim Ausgleich behinderungsbedingter Defizite zielen sie allein auf die Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens ab. Hierzu zählen: Gehen, Stehen, Greifen, Sehen, Hören, Nahrungsaufnahme, Ausscheiden, (elementare) Körperpflege, selbständiges Wohnen sowie das Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums im Nahbereich der Wohnung⁵⁴ und das Bedürfnis bei Krankheit oder Behinderung Ärzte und Therapeuten aufzusuchen⁵⁵.

Hilfsmitteln sind körperliche bewegliche Sachen, die die natürlichen Funktionen eines nicht oder nicht mehr voll funktionsfähigen Körperorgans ersetzen, wie etwa Hörhilfen, Körperersatzstücke und orthopädische Hilfsmittel.

Zu weiteren anderen Hilfsmittel vgl. Auflistung in § 9 Abs. 2 EHVO; vgl. Empfehlungen über die Gewährung von Sozialhilfe für Behinderte beim Erwerb von Kraftfahrzeugen, besonderen Bedienungseinrichtungen und Zusatzgeräten sowie zum Betrieb und zur Instandhaltung eines Kraftfahrzeuges und zur Erlangung der Fahrerlaubnis (Kfz-Empfehlungen), Stand: 24.05.2006

Sie müssen von den Leistungsberechtigten getragen, mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können. Der Anspruch auf Hilfsmittelgewährung umfasst die notwendige Änderung, Instandhaltung, Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung zum Gebrauch des Hilfsmittels (vgl. auch § 10 EHVO). In Ausnahmefällen kann neben der Erstausrüstung eine Mehrfachausstattung in Betracht kommen⁵⁶.

2. Schnittstellen

2.1 Rehabilitationsziele

Hilfsmittel werden im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) oder der medizinischen, sozialen oder auch beruflichen Rehabilitation⁵⁷ und zum Zweck der Pflege gewährt. Bei den Rehabilitationsleistungen steht die medizinische Rehabilitation (§§ 26 Abs. 2 Nr. 6, 31 SGB IX, § 33 SGB V) im Vordergrund. Bei dieser werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Dies gilt auch, um Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Im Rahmen der Eingliederungshilfe werden Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt, § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII.

Die Hilfsmittelversorgung ist vor allem eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung zur medizinischen Rehabilitation. Hilfsmittel werden regelmäßig aufgrund ärztlicher Verordnung gewährt, die aber nicht zwingend ist. Das sog. Hilfsmittelverzeichnis (§ 139 SGB V), aufgeteilt in sog. Produktgruppen, bietet nur eine Auslegungs- und Orientierungshilfe⁵⁸: im Einzelfall ist ein Hilfsmittel gleichwohl zu gewähren, wenn es dort nicht aufgeführt, aber nach dem individuellen Bedarf jedoch notwendig sowie geeignet und wirtschaftlich ist. Es darf nicht nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sein, z.B. weil es geringen therapeutischen Nutzen hat.

⁵⁴ Dies umfasst neben der Aufnahme von Information sowie der Kommunikation mit anderen das Erlernen eines allgemeinen Schulwissen, vgl. auch zur Hilfsmittelversorgung in der Schule oder zum Schulbesuch: oben Kapitel V 1.1.4.

⁵⁵ Ständige Rspr. des BSG, zuletzt etwa BSG, Urteil vom 10.11.2005, Az. B 3 KR 31/04 R m.w.N.

⁵⁶ LSG Hessen, Beschluss vom 08.11.2007, Az. L 1 KR 239/07 ER.

⁵⁷ § 33 Abs. 7 Nr. 4 SGB IX.

⁵⁸ So zuletzt etwa BSG, Urteil vom 15.11.2007, Az. B 3 A 1/07 R, Rn. 20 ff.

Hilfsmittel können auch zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX) in Betracht kommen, vor allem Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens nach § 9 Abs. 2 Nr. 12 EHVO. In diesem Fall haben diese ausschließlich soziale Teilhabefunktion. Beispielhaft sind Wäschetrockner zu nennen, wenn der behinderte Mensch wegen Art und Schwere der Behinderung darauf angewiesen ist.

Die Versorgung mit einem Hilfsmittel im Rahmen der Eingliederungshilfe setzt allgemein voraus, dass dieses im Einzelfall erforderlich und geeignet ist, zum Ausgleich der durch die Behinderung bedingten Mängel beizutragen und der behinderte Mensch das Hilfsmittel bedienen kann (§ 9 EHVO)⁵⁹.

Die Hilfsmittelversorgung als Leistung der beruflichen und der medizinischen Rehabilitation erfüllt das allen Rehabilitationsleistungen zugrunde liegende übergeordnete Ziel, den behinderten Menschen am Leben in der Gesellschaft teilhaben zu lassen. Im Rahmen der Eingliederungshilfe kann also keine weitergehende Hilfsmittelversorgung erreicht werden als innerhalb vorrangiger Sozialleistungssysteme, die den Bedarf nur zur beruflichen und/oder medizinischen Rehabilitation befriedigen.

2.2 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Von den Pflegekassen werden Pflegehilfsmittel und technische Hilfen erbracht, wenn diese zur Erleichterung der Pflege beitragen oder eine selbständige Lebensführung ermöglichen und nicht wegen Krankheit oder Behinderung von den Krankenkassen oder anderen Sozialleistungsträgern zu leisten sind (§ 40 SGB XI). Beim Einsatz individuell angepasster Hilfsmittel und von Hilfsmitteln in der Pflege, die zur Befriedigung eines Grundbedürfnisses außerhalb einer Einrichtung dienen sowie Hilfsmitteln zur Behandlungspflege ist vorrangig ein Anspruch nach SGB V zu prüfen wie z.B. bei Hebe- und Stützvorrichtungen für Betten⁶⁰. Pflegehilfsmittel, die im Pflegehilfsmittelverzeichnis genannt werden, sind daher nur subsidiär zu bewilligen.

Die Kosten für Hilfsmittel sind (mindestens in Höhe des Festbetrages) auch bei einer vollstationären Unterbringung in einer Behinderteneinrichtung oder in einer Pflegeeinrichtung überdies grundsätzlich von der Krankenkasse zu übernehmen.⁶¹ Die Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen, die von ihrer Konzeption auch pflegebedürftige Menschen aufnehmen⁶², haben darüber hinaus die notwendigen Pflegehilfsmittel vorzuhalten, die überwiegend der Pflege dienen (Vorhaltepflcht)⁶³; hierzu gehören beispielsweise der einfache Rollstuhl oder das Pflegebett. Es ist unerheblich, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft noch möglich ist (§ 33 Abs. 1 Satz 1 1. Halbsatz SGB V). In den Blick zu nehmen ist der Schwerpunkt der Zweckbestimmung des Hilfsmittels⁶⁴. Die o.g. Vorhaltepflcht greift bei Hilfsmitteln, die der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung zuzuordnen sind⁶⁵.

2.3 Technische Arbeitshilfen

Besondere Hilfsmittel sind die technischen Arbeitshilfen als singuläre Maßnahme behindertengerechter Arbeitsplatzgestaltung (z.B. orthopädischer Bürostuhl). Diese werden vom zuständigen Integrationsamt zur Teilhabe schwerbehinderter oder gleichgestellter behinderter Menschen am Arbeitsleben gewährt (§§ 33 Abs. 8 Nr. 5, 102 Abs. 3 Nr. 1a SGB IX).

⁵⁹ Letztes gilt nicht für das KfZ.

⁶⁰ BSG, Urteil vom 20.07.2000, Az. 5 C 43/99.

⁶¹ Etwa für eine Ernährungspumpe oder für Dekubitusmatrasen zur Behandlung von Geschwüren.

⁶² Vgl. § 33 Abs. 1 Satz 2 2. Halbsatz; über § 55 SGB XII gilt dies aber auch für stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe.

⁶³ BSG, Urteil vom 22.07.2004, B 3 KR 5/03 R, FEVS Bd. 56, S. 1 ff.

⁶⁴ Zuletzt etwa BSG; Urteil vom 10.11.2005, Az. B 3 P 10/04 R.

⁶⁵ Wagner in Krauskopf. Kom. SGB V, 2008, § 33 Rn. 16 f.

2.4 Andere Sozialleistungsträger

Neben den Kranken- und Pflegekassen kommen als vorrangige Sozialleistungsträger für die Erbringung von Hilfsmitteln die Träger der Rentenversicherung (§ 15 Abs. a Nr. 4 SGB VI), die Träger der Unfallversicherung (§§ 27 Abs. 1 Nr. 4, 31 Abs. 1 Satz 2 SGB VII), die Bundesagentur für Arbeit (§§ 92 - 114, 237 SGB III) und die Versorgungsämter als Orthopädische Versorgungsstellen (§ 13 BVG) in Betracht.

3. Lösungen

3.1 Vorrang der Hilfsmittelversorgung durch Krankenkassen

Wegen der Bedeutung für die Hilfsmittelversorgung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ist zunächst die vorrangige Leistungsverpflichtung der Krankenkasse zu beachten. Besteht eine Krankenversicherung, ist die Leistung nachsuchende Person auf die Inanspruchnahme dieser Leistungen zu verweisen. Im Einzelfall ist zu versuchen, den Rechtsanspruch auf die Versorgung mit einem Hilfsmittel nach § 33 SGB V ggf. über §§ 102 ff. SGB X oder § 95 SGB XII gegen die Kasse durchzusetzen, selbst wenn dieses nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt ist. Auch die Krankenkassen haben schließlich die notwendigen Leistungen zu erbringen (§ 12 SGB V).

Die Träger der Eingliederungshilfe sind nicht verpflichtet, die Kosten für ein Hilfsmittel zu tragen, das die Krankenkasse zu Recht wegen eines fehlenden Anspruches abgelehnt hat. Die soziale Rehabilitation, für welche die Sozialhilfeträger auch zuständig sind, geht insoweit in der medizinischen Rehabilitation auf.

Kosten für Brillen und andere Sehhilfen, die bis auf wenige Ausnahmefälle nicht mehr von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden, sind aus dem Regelsatz zum notwendigen Lebensunterhalt ggf. aus dem Barbetrag zu zahlen.

Zudem gelten die im Hilfsmittelverzeichnis vorgesehenen Festbeträge und vereinbarten Preise auch im Nachrangverhältnis zum Sozialhilfeträger. Dieser ist im Rahmen der Eingliederungshilfe nicht verpflichtet, nach Erbringung der Kassenleistung Zuzahlungen und/oder nicht gedeckte Kosten für ein Hilfsmittel zu übernehmen. Der Eigenanteil für orthopädische Schuhe⁶⁶ ist für Heimbewohner Bestandteil der Bekleidungshilfe nach § 35 Abs. 2 SGB XII.

Nach wie vor ist zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Sozialhilfeträgern der Umfang des Anspruchs behinderter Menschen auf erforderliche Versorgung mit Hilfsmitteln streitig. In diesen Fällen wird von den Kassen in Frage gestellt, dass das Hilfsmittel dem Ausgleich eines Funktionsdefizits dient, das die lebensnotwendigen Grundbedürfnisse betrifft. Anerkannt ist seitens der Rechtsprechung⁶⁷ zwar nur ein sog. Basisausgleich, also kein vollständiges Gleichziehen mit einem nicht behinderten Menschen. Im Einzelfall ist dennoch der Anspruch des behinderten Menschen, sich einen geistigen und räumlichen Freiraum im Nahbereich seiner Wohnung zu schaffen, möglichst weit zu stecken und der Blick für die individuellen Besonderheiten des Einzelfalles zu schärfen. Der soziale Teilhabeaspekt medizinischer Rehabilitation ist herauszustellen. Als Grundbedürfnis ist insoweit auch die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft anerkannt (Freizeit, kulturelle Teilhabe usw.)⁶⁸.

3.2 Einzelne streitige Hilfsmittel

Ein sog. Reha-Kinderwagen ist ein Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenkasse, da es unerheblich ist, ob als Nebeneffekt das Hilfsmittel die notwendige Begleitperson entlastet⁶⁹.

⁶⁶ Orthopädische Arbeitssicherheitsschuhe in der WfbM sind im Eingangs- und Bildungsbereich von der BA, im Arbeitsbereich vom Sozialhilfeträger abzüglich ggfs. eines Eigenanteils zu zahlen: BSG, Urteil vom 26. Juli 1994, 11 RA 115/93, SozR 3-4100, § 56 Nr. 15.

⁶⁷ Zuletzt etwa BSG, Urteil vom 19.04.2007, B 3 KR 9/06 R.

⁶⁸ BSG, Urteil vom 07.03.1990, Az. 3 KR 15/89 Bd. 66, S. 245.

⁶⁹ BSG, Urteil vom 10.11.2005, Az. B 3 KR 31/04 R.

Die Kosten für Hörgerätebatterien sind nunmehr vom Sozialhilfeträger als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 1 und 7 SGB IX zu übernehmen⁷⁰.

Die GKV hat die Kosten für eine sog. Vojta-Liege zu tragen⁷¹.

Ein Hilfsmittel dient insofern auch der Sicherung einer ärztlichen Behandlung, wenn es die häusliche Behandlung durch eine Hilfsperson ermöglicht oder erleichtert.

Auch erwachsene behinderte Menschen haben gegen die GKV in besonderen Fällen einen Anspruch auf Hilfsmittelversorgung mit einem Dreirad⁷².

Das Rollstuhlrückhaltesystem mit einem sog. Kraftknoten für den Transport zur Schule bis Klasse 10 ist eine Leistung der GKV⁷³, für den Transport zur Werkstatt für behinderte Menschen jedoch des Sozialhilfeträgers⁷⁴.

Im Übrigen sind im Internet unter der Stichwortsuche „Hilfsmittel“ zahlreiche Hinweise auf die aktuelle Rechtsprechung zu bestimmten Hilfsmitteln zu finden.

3.3 Hilfen zur Verbesserung des Wohnumfeldes

Einrichtungen, die der behindertengerechten Ausstattung einer Wohnung dienen, sind keine Hilfsmittel (z.B. ein fest eingebauter Treppenlift oder eine Auffahrrampe). Für diese kommen Leistungen nach § 54 Abs. 1 SGB IX i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX in Betracht. Bei der Schnittstelle kommt es auf die konkrete Zweckbestimmung an.

Eignet sich der Gegenstand allgemein für den Behinderungsausgleich in Wohnungen unabhängig von deren Lage und Ausstattung, so kann es sich doch um ein Hilfsmittel handeln (z.B. mobile Treppenlifte).

3.4 Andere Hilfsmittel nach § 8 EHVO

Bei der Ausfüllung des unbestimmten Rechtsbegriffs „anderes Hilfsmittel“ kommen vor allem der Individualisierungs- und Bedarfsdeckungsgrundsatz zum Tragen (§§ 9, 13 SGB XII). Die in § 8 Abs. 2 EHVO aufgeführten Hilfsmittel, meist spezielle Hilfsmittel für Blinde, Sehbehinderte oder Gehörlose, sind jedoch nicht bereits aufgrund ihrer Zuordnung aus Mitteln der Sozialhilfe zu zahlen; im Einzelfall ist der Nachrang immer zu beachten.

Kein Sozialhilfeanspruch besteht für Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens, die also üblicherweise im Alltag unentbehrlich sind und von einer Vielzahl von Personen regelmäßig benutzt werden. Die Kosten hierfür sind aus den zur Verfügung stehenden Mitteln des notwendigen Lebensunterhaltes zu decken.

Beispiele für allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind nach der Rechtsprechung u.a.:

- normaler Autokindersitz,
- elektrisches Heizkissen,
- Rechner/Personalcomputer in der üblichen Ausstattung einschließlich Betriebssystem, Disketten- und CD-Rom-Laufwerk, Bildschirm, Tastatur, Maus und Drucker,
- elektrisch verstellbarer Sessel aus einem Möbelprospekt oder
- ein Standardtelefon.

Eine Ausnahme bilden die zur nicht beruflichen Verwendung bestimmten Hilfsgeräte als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens, wenn der behinderte Mensch wegen Art und Schwere der Behinderung auf diese Gegenstände angewiesen ist (vgl. Rn. 2.1).

⁷⁰ BSG, Urteil vom 19.5.2009, Az. B 8 SO 32/07 R

⁷¹ BSG, Urteil vom 03.08.2006, Az. B 3 KR 25/05 R.

⁷² LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22.02.2006, Az. L 5 KR 5296/04.

⁷³ BSG, Urteile vom 20.11.2008, Az B 3 Kr 6/08 R u. 16/08 R; Näheres siehe Rn. 1.4.4.

⁷⁴ BSG, Urteil vom 20.11.2008, Az B 3 KN 4/07 KR R

Soweit Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens individuell zum Ausgleich einer Behinderung angepasst oder verändert werden müssen, sind diese zusätzlichen Kosten im Rahmen der Eingliederungshilfe zu übernehmen.

IX. Schnittstelle zur Jugendhilfe

1. Allgemein

Leistungen für behinderte Kinder und Jugendliche werden sowohl nach dem SGB XII als auch nach dem SGB VIII erbracht. Grundsätzlich gilt für Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe der Vorrang des SGB VIII, § 10 Abs. 4 SGB VIII.

Nach §§ 35 a, 41 SGB VIII haben seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Kinder, Jugendliche und junge Volljährige eigene Ansprüche auf Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII.

Eine Ausnahme vom Grundsatz des Vorranges der Jugendhilfe besteht jedoch bei Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII für junge Menschen, die körperlich oder geistig behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, § 10 Abs. 4 Satz 2 SGB VIII.

Die Zuordnung zu den bestehenden Systemen der Jugendhilfe oder Sozialhilfe nach der Vorrang/Nachrangregelung i.S.d. § 10 Abs. 4 SGB VIII bereitet in der Praxis erhebliche Probleme.

Schwierigkeiten bei der Schnittstelle und Zuordnung zwischen Jugendhilfe und Sozialhilfe ergeben sich häufig in den Grenzbereichen geistige Behinderung / seelische Behinderung, geistige Behinderung / Lernbehinderung, Eingliederungshilfebedarf / erzieherischer Bedarf.

2. Problemlage

2.1 Mehrfachbehinderung bei Kindern und Jugendlichen

Besondere Schnittstellenprobleme ergeben sich bei Mehrfachbehinderungen⁷⁵, wenn also unterschiedliche Behinderungsarten nebeneinander bestehen, z.B. das gemeinsame Vorliegen einer geistigen oder körperlichen Behinderung und einer seelischen Behinderung⁷⁶.

2.2 Geistige oder körperliche Behinderung, erzieherischer Bedarf

§ 10 Abs. 4 Satz 2 SGB VIII enthält eine klare Vorrang-/Nachrangregelung bei geistiger oder körperlicher Behinderung oder bei drohender Behinderung. Dennoch kann es zu Zuständigkeitsstreitigkeiten und Schnittstellenproblemen kommen, wenn sich der Hilfebedarf nicht allein wegen der Behinderung ergibt, sondern auch aus anderen Gründen. Dies können familiäre Umstände sein, wie z.B. Überforderung der Eltern mit der Erziehung, problembehaftete Familienverhältnisse, Ablehnung etc.

2.3 Hilfe für junge Volljährige (§ 41 SGB VIII)

Einen Rechtsanspruch auf Leistungen nach § 35a SGB VIII haben seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. Dies sind Personen, die noch nicht 18 Jahre alt sind. Mit Vollendung des 18. Lebensjahres kann die Hilfe nach § 35a SGB VIII aber i.V.m. Leistungen nach § 41 SGB VIII für junge Volljährige fortgesetzt werden.

Junge Volljährige sind Personen, die 18 aber noch nicht 27 Jahre alt sind. Aufgrund dieser in § 7 SGB VIII genannten Definition endet die Leistung nach dem SGB VIII spätestens mit Vollendung des 27. Lebensjahres.

⁷⁵ S. hierzu Orientierungshilfe der BAGüS zum Behinderungsbegriff, Stand 24.11.2009, (Rn. 3.5.1)

⁷⁶ S. hierzu Orientierungshilfe der BAGüS zum Behinderungsbegriff (Rn. 5.1 - 5.3)

Im Zusammenhang mit den Leistungen, die bereits nach § 35a SGB VIII durch den Träger der Jugendhilfe erbracht wurden, ergeben sich beim Übergang zur Volljährigkeit Probleme der Beurteilung, ob ein bereits vor Volljährigkeit bestandener Hilfebedarf weiter besteht und wie lange ein Bedarf nach § 41 SGB VIII besteht. Die Regelleistung erfolgt bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres, in begründeten Einzelfällen kann sie darüber hinausgehen.

Die Beurteilung solcher Einzelfälle führt in der Praxis zu Problemen und zu unterschiedlichen Einschätzungen. Dies gilt vor allem, wenn ein Bedarf erstmals kurz vor Vollendung des 21. Lebensjahres eintritt. Nach dem Wortlaut des Gesetzes ist (bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen) auch hier die Zuständigkeit des Trägers der Jugendhilfe gegeben.

Handelt es sich dabei um einen Regelfall i.S.d. § 41 SGB VIII, wäre mit Vollendung des 21. Lebensjahres ein Wechsel zum Träger der Sozialhilfe notwendig. Somit muss nach dem Gesetz durch unterschiedliche Leistungsträger über einen zeitlich eng verbundenen Hilfebedarf entschieden werden.

Handelt es sich aber um einen begründeten Ausnahmefall, sodass eine Leistung auch über das 21. Lebensjahr hinaus durch das Jugendamt zu erbringen ist, treten in der Beurteilung dieses Bedarfs die unter Rn. 5.2 genannten Probleme auf.

2.4 Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder nach § 19 SGB VIII

Eine gemeinsame Betreuung nach § 19 SGB VIII kommt in Betracht, wenn ein allein erziehender Elternteil aufgrund seiner Persönlichkeitsentwicklung der Unterstützung bei der Pflege und Erziehung seines Kindes bedarf. Eine Störung in der Persönlichkeitsentwicklung kann auch auf eine geistige, seelische oder körperliche Behinderung zurückgehen.

In der Praxis wird die Ursächlichkeit des Bedarfs durch die Träger der Jugendhilfe und Sozialhilfe oft unterschiedlich beurteilt. So kann die Betreuung bei einer behinderten Mutter mit Kind zum einen wegen der Behinderung, zum anderen zur Vermeidung eines Erziehungsdefizits beim Kind und somit zur Unterstützung bei der Pflege und Erziehung des Kindes als notwendig angesehen werden.

Das BSG⁷⁷ hat in einer Zurückweisungsentscheidung umfassend seine Auffassung dazu dargelegt, dass bei gemeinsamer stationärer Betreuung einer behinderten Mutter mit ihrem nicht behinderten Kind nach § 19 SGB VIII ausschließlich die Jugendhilfe leistungspflichtig ist, da es eine derartige Hilfe mit doppelter Ausrichtung nur in der Jugendhilfe und insofern keine Konkurrenzsituation zur Sozialhilfe/Eingliederungshilfe gebe.

Das BVerwG⁷⁸ hat in zwei vergleichbaren Revisionsverfahren entschieden, dass bei gemeinsamer Betreuung einer geistig behinderten Mutter mit ihrem nicht behinderten Kind der Vorrang der Sozialhilfe nach § 10 Abs. 4 Satz 2 SGB VIII greift. Die Kosten der geistig behinderten Mutter sind daher vom Sozialhilfeträger zu übernehmen.

2.5 Jugendliche in Pflegefamilien

Eine alternative Form der Betreuung in einer stationären Einrichtung ist die Betreuung behinderter Kinder und Jugendlicher in Pflegefamilien. Es ergeben sich in diesem Zusammenhang Fragen der sachlichen Zuständigkeit je nach Landesrecht⁷⁹.

Der Vorrang von Jugendhilfeleistungen nach dem SGB VIII ist immer zu beachten. Er gilt bei jungen Menschen, die körperlich oder geistig behindert oder von einer Behinderung bedroht sind jedoch nur dann, wenn eine außerfamiliäre Betreuung wegen einer sozialen Indikation erforderlich ist.

⁷⁷ BSG, Urteil vom 24.3.2009 - B 8 SO 29/07 R

⁷⁸ BVerwG, Urt. 22.10.2009, 5 C 6.09 und 19.08 (noch nicht veröffentlicht)

⁷⁹ vgl. Broschüre „Wohnformen und Teilhabeleistungen für behinderte Menschen“ der BAGüS 2006 (Rn. 5.1)

2.6 Elternassistenz

Elternassistenz ist kein gesetzlich verankerter Begriff. Unter dem Begriff wird der Bedarf behinderter Eltern für Unterstützungshandlungen im Umgang mit ihren Kindern (Versorgung und Erziehung) vorwiegend in der häuslichen Umgebung bezeichnet. Je nach Behinderungsart kann dabei die rein physische Versorgung eines Kindes im Vordergrund des Bedarfs stehen (z.B. bei Rollstuhlfahrern). Bei geistig oder seelisch behinderten Eltern wird vermutlich eher die Unterstützung in der Erziehung des Kindes notwendig sein.

Der Bedarf kann sich allerdings auch bei behinderten Heimbewohnern ergeben, soweit keine Leistungen mehr nach § 19 SGB VIII in Betracht kommen.

Problematisch ist ferner die Zuordnung des Bedarfs zu den Leistungssystemen nach dem SGB VIII, wonach das Kindeswohl im Vordergrund steht und nicht die Teilhabeleistung der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII.

3. Vorrangfragen

Das in § 10 Abs. 4 SGB VIII normierte Vorrang-Nachrang-Verhältnis löst nicht die Zuordnung zu den jeweiligen Leistungssystemen, wenn neben einer körperlichen/geistigen Behinderung auch eine seelische Behinderung vorliegt. Der Wortlaut des § 10 Abs. 4 Satz 2 SGB VIII darf nicht dahingehend missverstanden werden, dass Leistungen für körperlich/geistig behinderte Kinder und Jugendliche immer vorrangig nach dem SGB XII zu erbringen sind. Der Vorrang des § 10 Abs. 4 SGB VIII gilt auch im Verhältnis zu § 54 Abs. 3 SGB XII (Betreuung behinderter Kinder in Pflegefamilien).

Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII für Kinder und Jugendliche, die dem Personenkreis des § 53 SGB XII zugehören, setzen aber voraus, dass eine Kausalität zwischen der zu erbringenden Leistung und der Behinderung vorliegt.

Die Art und Schwere der Behinderung muss ursächlich sein für die Einschränkung der Teilhabefähigkeit. Diese Anspruchsvoraussetzung auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII wird konkretisiert in § 97 SGB XII in Verbindung mit dem jeweiligen Landesrecht.

Insofern besteht einerseits ein Vorrang-Nachrang-Verhältnis zwischen dem örtlichen Sozialhilfeträger und dem Träger der Jugendhilfe, andererseits zwischen dem überörtlichen Sozialhilfeträger und dem Jugendhilfeträger. Das Vorrang-Nachrang-Verhältnis des § 10 Abs. 4 Satz 2 SGB VIII kann nicht die Regelungen der spezielleren Norm der sachlichen Zuständigkeit nach dem SGB XII außer Kraft setzen.

4. Schnittstellen

Die Behinderungsbegriffe der Sozialgesetzbücher VIII und XII entsprechen im Kern dem allgemeinen Behinderungsbegriff des § 2 Abs. 1 SGB IX. Die weitere Anspruchsvoraussetzung auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 53 Abs. 1 SGB XII besteht im Vergleich zu § 35a SGB VIII aber darin, dass die Einschränkung der Teilhabefähigkeit wesentlich sein muss; das gleiche gilt bei einer drohenden Behinderung⁸⁰.

Zur Feststellung der Behinderung im Sinne des § 35a SGB VIII ist zwingend eine fachärztliche oder psychotherapeutische Stellungnahme auf der Grundlage der ICD einzuholen. Diese konkreten Vorgaben zur Feststellung einer Behinderung bzw. drohenden Behinderung finden sich im SGB XII nicht⁸¹.

Die Zuordnung zum leistungsberechtigten Personenkreis erfolgt aufgrund der Feststellungen Dritter (Fachärzte, Pädagogen, Sozialarbeiter etc.) durch den Sozialhilfeträger bzw. Jugendhilfeträger.

⁸⁰ vgl. Orientierungshilfe der BAGüS zum Behinderungsbegriff (Rn. 5)

⁸¹ vgl. Orientierungshilfe der BAGüS zum Behinderungsbegriff (Rn. 3)

Die Bewertung und Beurteilung der Notwendigkeit einer Leistungsverpflichtung durch die Leistungsträger aufgrund der Feststellungen Dritter ist in den og. Problemlagen schwierig. Die oft komplexe Darstellung von Störungen der Gesundheit, Einschränkung der Teilhabefähigkeit und Darstellung des Bedarfes führt zu einer unterschiedlichen Würdigung der Sachvorträge seitens des Trägers der Jugendhilfe und der Sozialhilfe. Im Kinder- und Jugendalter ist es häufig schwierig festzustellen, ob seelische Beeinträchtigungen auf dem Boden leichter intellektueller Minderbegabungen eine Folge dieser Minderbegabungen oder eigenständig sind.

Zusätzlich stellt sich unabhängig von der Art der Behinderung die Frage, ob die beantragte Leistung wegen der Behinderung oder aus anderen Gründen (z.B. zur Behebung eines Erziehungsdefizits) erforderlich ist.

5. Lösungsvorschläge

Eine wesentliche Reduzierung bzw. der vollständige Abbau von Zuständigkeitskonflikten und daraus resultierenden Nachteilen für behinderte Kinder und Jugendliche und erhöhten Verwaltungsaufwänden lässt sich nur durch eine klare gesetzlich normierte Zuständigkeitsregelung erreichen, die nicht an die Art der Behinderung anknüpft, sondern an eine klare Altersregelung. Solange diese nicht besteht gilt folgendes:

5.1 Mehrfachbehinderung / Erziehungsdefizit

Notwendig ist zunächst eine genaue Bedarfsfeststellung, auf deren Basis sich die Erforderlichkeit der Rechtsfolge zu einer Leistung ermitteln lässt⁸². Ist danach die benötigte Sozialleistung ausschließlich der Kinder- und Jugendhilfe bzw. der Sozialhilfe zuzuordnen, so gelten die Regeln der jeweiligen Systeme. Ist z. B. eine Umgangsberatung nach § 18 SGB VIII erforderlich, ist unstrittig, dass diese im Rahmen der Jugendhilfe zu erbringen ist, auch wenn eine körperliche oder geistige Behinderung vorliegt.

Die Regelung eines Vor- bzw. Nachrangs zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Sozialhilfe setzt notwendig voraus, dass sowohl ein Anspruch auf Jugendhilfe als auch ein Anspruch auf Sozialhilfe besteht und beide Leistungen gleich, gleichartig, einander entsprechend, kongruent, einander überschneidend oder deckungsgleich sind⁸³.

Voraussetzung für die Anwendung der Vor- und Nachrangsregelung des § 10 Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB VIII ist somit auf der Tatbestandseite, dass es sich um Hilfebedarfe handelt, bei denen auf der einen Seite ein erzieherischer Bedarf und/oder eine seelische Störung vorliegt und auf der anderen Seite der junge Mensch zugleich geistig oder körperlich behindert ist oder von einer solchen Behinderung bedroht ist⁸⁴.

Im Ergebnis bedeutet dies: Wenn Maßnahmen der Eingliederungshilfe für geistig oder körperlich behinderte Menschen nach dem SGB XII gewährt werden und gewährt werden müssten und zugleich auch vom Umfang her gleichartige Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe, kommt es grundsätzlich zum Vorrang der Sozialhilfe, ohne dass es auf den Schwerpunkt des Hilfebedarfs auch nur ankommt. Es bleibt also im Einzelfall nur zu klären, ob sowohl ein erzieherischer Bedarf bzw. ein Bedarf wegen einer seelischen Behinderung des jungen Menschen besteht als auch ein Bedarf wegen einer geistigen bzw. körperlichen Behinderung des jungen Menschen.

Dieser entscheidungserheblichen Feststellung muss eine konkrete Fragestellung zugrunde liegen. Geht es im konkreten Fall z. B. um eine stationäre Unterbringung, so ist zu fragen, ob diese sowohl aufgrund eines Erziehungsdefizits als auch aufgrund einer körperlichen bzw. geistigen Behinderung gewährt werden müsste⁸⁵.

⁸² vgl. Münder, Zentralblatt für Jugendrecht 2001, S. 121

⁸³ vgl. BVerwG, 5 C 26.98; BVerwG 109, 325

⁸⁴ vgl. Münder Zentralblatt für Jugendrecht 2001, S. 121, 123

⁸⁵ vgl. DIJuF-Gutachten, Das Jugendamt 5/2004, S. 235

Mit anderen Worten: Denkt man sich den erzieherischen Bedarf oder das erzieherische Defizit und/oder die seelische Behinderung des jungen Menschen hinweg und stellt fest, dass er wegen seiner körperlichen bzw. geistigen Behinderung Eingliederungshilfe nach dem SGB XII bekommt oder bekommen müsste, ist die Sozialhilfe für den Einzelfall zuständig.

Die vgl. Kriterien auf der Grundlage des Urteils des BVerwG⁸⁶ bieten einen Lösungsansatz, der aufgrund der unterschiedlichen Würdigung der Sachverhalte weiterhin nicht streitfrei ist.

Im Sinne der – immer unstrittig – hilfebedürftigen Menschen muss der nach § 14 SGB IX zuständige Leistungsträger die notwendige Hilfe erbringen (vgl. Rn. II.2). Dies gilt jedoch nicht, wenn Erziehungshilfe beantragt ist, weil es sich hierbei dann nicht um eine Rehabilitationsleistung im Sinne des SGB IX handelt.

5.2 Hilfe für junge Volljährige

Nach § 41 Abs. 1 SGB VIII haben auch junge Volljährige als Soll-Leistung einen Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn die sonstigen gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen. Dies bedeutet, dass für seelisch behinderte junge Volljährige bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen (§ 35a SGB VIII i.V. mit § 41 SGB VIII) der Jugendhilfeträger für die Hilfgewährung zuständig ist.

Eine Leistungsverpflichtung der Jugendhilfe besteht bei jungen Volljährigen auch dann, wenn erstmalig nach Vollendung des 18. Lebensjahres aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres ein Hilfebedarf eintritt.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts setzt die Hilfe nach § 41 SGB VIII nicht voraus, dass der junge Volljährige seine Verselbständigung bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres erreicht hat, sondern es genügt, wenn die Hilfe eine erkennbare Verbesserung der Persönlichkeitsentwicklung und Fähigkeit zu eigenverantwortlicher Lebensführung erwarten lässt⁸⁷.

Gesondert zu prüfen ist, ob die beantragte Hilfe dem Kriterium der Geeignetheit und Erforderlichkeit entspricht.

Ob und wie lange eine Leistung nach Vollendung des 18. Lebensjahres durch den Jugendhilfeträger zu erbringen ist, sollte sich an den zeitlichen Vorgaben begleitender Maßnahmen orientieren, z.B. Ende einer Schulbildung oder Berufsausbildung, Wechsel vom Berufsbildungsbereich einer WfbM in den Arbeitsbereich oder sonstiger durch das Jugendamt eingeleiteter Maßnahmeplanungen, die sich aus dem Hilfeplan ergeben. Dies setzt aber eine Einigung mit dem jeweiligen Jugendamt voraus. Eine andere Lösungsmöglichkeit ist, unabhängig von dem Stand der Persönlichkeitsentwicklung, über eine definierte Altersgrenze die Zuweisung zum Jugendhilfeträger bzw. Sozialhilfeträger vorzunehmen.

Streitfreie Schnittstellenkriterien lassen sich aber nur durch Vereinbarungen auf Landesebene⁸⁸, bzw. über Einzelvereinbarungen zwischen Sozialhilfeträger und örtlichem Jugendamt erzielen.

Ein Neufall (also keine Fortsetzungshilfe) nach dem 21. Lebensjahr im Zuständigkeitsbereich der Jugendhilfe ist gesetzlich nicht mehr vorgesehen. Neufälle, die kurz vor dem 21. Lebensjahr eintreten, sollten dann, wenn ein Wechsel der Zuständigkeit mit Vollendung des 21. Lebensjahres eintritt, weil kein Ausnahmefall i.S.d. § 41 Abs. 1 Satz 2 SGB VIII vorliegt, bereits vom zuständigen Sozialhilfeträger bearbeitet werden.

⁸⁶ s. Fußnote 74

⁸⁷ vgl. BVerwG, 5 C 26/98, BVerwGE, Band 109, Seite 325-330 und ZfS 2002, Seite 279-282.

⁸⁸ Verfahrensregelung über die Schnittstelle der Hilfe für junge Volljährige nach § 41 i.V.m. § 35 a SGB VIII zur Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach den §§ 53 ff. SGB XII zwischen dem Landeswohlfahrtsverband Hessen, Hessischer Landkreistag und Hessischer Städtetag

Ein Zeitraum von drei Monaten vor der Vollendung des 21. Lebensjahres stellt einen geeigneten Zeitrahmen dar, um ggf. auch noch Meinungsverschiedenheiten zwischen den Trägern zu klären. Meinungsverschiedenheiten könnten sich in der Beurteilung, ob ein Ausnahmefall i.S.d. § 41 Abs. 1 Satz 2 SGB VIII vorliegt, ergeben. Auch dies Verfahren setzt eine Einigung der beteiligten Träger voraus bzw. erfordert eine Vereinbarung auf Landesebene.

X. Schnittstelle zur Pflegeversicherung

Das Verhältnis zwischen Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff SGB XII und den Leistungen der Pflege nach dem SGB XI bestimmt § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI. Leistungen der Eingliederungshilfe bleiben danach von Leistungen zur Pflege unberührt; sie sind also im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig. Das die Sozialhilfe prägende Nachrangprinzip gilt also im Verhältnis zur Pflegeversicherung nur eingeschränkt.

Soweit sich die Leistungen ergänzen, sind daher sowohl Leistungen der Pflege als auch Leistungen der Eingliederungshilfe zu erbringen. Dies ist im ambulanten Bereich unbestritten (z.B. Pflegegeld nach dem SGB XI und heilpädagogische Maßnahmen für Kinder).

Nichts anderes gilt auch für stationär zu erbringende Maßnahmen. Überschneiden sie sich und sind die weiteren Anspruchsvoraussetzungen auf Leistungen nach dem SGB XI erfüllt (anspruchsberechtigter Personenkreis §§ 1 Abs. 2, 20 bis 27 SGB XI, pflegebedürftig im Sinne des §§ 14 bis 18 SGB XI), ist die Unterscheidung nach der Zielsetzung zu treffen. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und Hilfe zur Pflege schließen sich nicht von vornherein gegenseitig aus⁸⁹.

Steht aber fest, dass Eingliederungshilfe wegen fehlender Erfolgsaussicht der begehrten Maßnahme nicht zu leisten ist, kommt allein Hilfe zur Pflege in Betracht⁹⁰.

Steht die Förderung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft im Vordergrund, ist Eingliederungshilfe zu leisten. Sind aber z.B. aufgrund jahrelanger Eingliederungsmaßnahmen bei der Unterstützung, Übernahme oder Anleitung pflegerischer Verrichtungen die Ziele der Eingliederungshilfe nicht mehr erreichbar, ist die Hilfe zur Pflege die zielgenaue und adäquate Hilfe.

Werden aufgrund der allgemeinen Lebensumstände keine weitergehenden Ziele mehr verfolgt, als sie mit Maßnahmen der aktivierenden Pflege auch erreicht werden können, sind auch hier keine zusätzlichen oder ergänzenden Eingliederungsmaßnahmen mehr erforderlich. Besteht aber Aussicht auf spürbare Verbesserung der Folgen einer Behinderung, besteht auch für schwerstbehinderte pflegebedürftige Menschen ein Anspruch auf Eingliederungshilfe⁹¹.

Es gibt kein gesetzlich fixiertes Lebensalter, ab dem Eingliederungshilfe nicht mehr zu gewähren ist. Allerdings kommt bei der Schnittstelle der Eingliederungshilfe zur Hilfe zur Pflege auch dem Alter eine gewisse indizielle Bedeutung zu⁹².

Eingliederungshilfe muss im Prinzip solange gewährt werden, wie ihr in § 53 Abs. 3 SGB XII definiertes Ziel erfüllt werden kann, d.h. solange eine Eingliederung in die Gesellschaft noch möglich ist.

Die Vorschrift des § 55 SGB XII führt zu keiner Schnittstelle der Hilfearten. § 55 schreibt vor, wie zu verfahren ist, wenn die notwendige Pflege in einer Behinderteneinrichtung nicht mehr sichergestellt werden kann. Dadurch ist aber nicht automatisch jeglicher Anspruch auf Eingliederungshilfe beendet.

⁸⁹ vgl. BVerwGE 55, 31 37

⁹⁰ Mergler/Zink, Komm. SGB XII, 7. Lieferung, Rn. 48 zu § 53 SGB XII

⁹¹ OVG Saarlouis, Urteil v. 22.5.1980, FEVS 29.29

⁹² OVG Saarbrücken, Urteil vom 22.5.1980 / FEVS 29,29

XI. Verhältnis der Eingliederungshilfeleistungen zu anderen Leistungen nach dem SGB XII.

1. Lebensunterhalt sichernde Leistungen

Sowohl die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel als auch die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel sind unabhängig von der Wohnform der leistungsberechtigten Personen als eigenständige Leistung festzusetzen.

Der Begriff des notwendigen Lebensunterhaltes ist in § 27 SGB XII normiert und wird durch Regelsätze im Sinne § 28 SGB XII bzw. durch Sonderbedarfe nach §§ 30-34 SGB XII gedeckt. Die Kosten der Unterkunft sind in § 29 SGB XII abschließend geregelt. § 42 SGB XII übernimmt für die Grundsicherung den Umfang der Leistungen aus dem 3. Kapitel. Auch die Sonderregelungen für den stationären Bereich gem. §§ 35 und 42 Satz 1 Nr. 2 SGB XII sind so formuliert, dass eine Schnittstellenproblematik zu den Eingliederungsleistungen aufgrund der unterschiedlichen Aufgabenstellung der Leistungen in der Praxis nicht ersichtlich ist.

2. Hilfen zur Gesundheit

Eine konsequente Ausnutzung der erweiterten Versicherungsmöglichkeiten, sowohl bei der gesetzlichen Krankenversicherung (s. Kap. III. Rn. 2.), als auch bei privaten Versicherungsunternehmen wird die Anzahl der Einzelfälle deutlich reduzieren, in denen Schnittstellenfragen entschieden werden müssen.

Sind alle Versicherungsmöglichkeiten geprüft und kann eine Versicherung bei einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung nicht erreicht werden, besteht dann noch die Möglichkeit der sogenannten „unechten Versicherung“ durch Anmeldung nach § 264 SGB V.

Sofern für eine geringe Anzahl von leistungsberechtigten Personen doch noch Maßnahmen der Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel des SGB XII (HzG) zu leisten sind (z. B. weil die Leistung nicht über einen Zeitraum von mehr als einen Monat erbracht wird), werden diese im gleichen Umfang übernommen, wie sie die gesetzliche Krankenversicherung zu erbringen hat.

Sind Maßnahmen der HzG, insbesondere der vorbeugenden Gesundheitshilfe, zielführend um einer Behinderung vorzubeugen, dann kommen Leistungen der Eingliederungshilfe nicht in Betracht (vgl. § 53 Abs. 2 S. 2 SG XII).

Auch wenn eine Behinderung im Sinne des § 53 Abs. 1 SGB XII unstreitig vorliegt, sind interkurrente Behandlungen Leistungen der HzG bzw. des SGB V, wenn sie nicht unmittelbar auf die Beseitigung oder Milderung einer vorhandenen Behinderung oder deren Folgen gerichtet sind (z. B. Behandlung einer Lungenentzündung oder Zahnbehandlung bei Menschen mit geistiger Behinderung).

Ist zweifelhaft, welche Hilfe zu leisten ist, besteht Anspruch auf die umfassendere Hilfe.

3. Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten

3.1 Allgemeines

Leistungen der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten sind zu erbringen, wenn besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind und sie aus eigenen Kräften nicht überwunden werden können. Soweit der Bedarf durch Leistungen nach anderen Vorschriften des SGB XII oder des SGB VIII gedeckt wird, gehen diese Leistungen vor (§ 67 SGB XII).

Bei einem erheblichen Teil der Personen, die Leistungsanträge gem. § 67 ff SGB XII stellen, bestehen gleichzeitig psychische Beeinträchtigungen/Erkrankungen unterschiedlichsten Ausmaßes bzw. Abhängigkeitsproblematiken. Diese sind behindert im

Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX und können der Personengruppe des § 53 Abs. 1 SGB XII angehören.

3.2 Vor- und Nachrang der Leistungen

Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ist gegenüber der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten vorrangig (§ 67 Satz 2 SGB XII). Ihre Leistungen gehen deshalb der Hilfe nach dem Achten Kapitel SGB XII vor, wenn eine wesentliche Behinderung i. S. von § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII vorliegt. Dagegen haben die Leistungen der Hilfe nach dem Achten Kapitel Vorrang, wenn es sich nicht um eine wesentliche sondern um eine sonstige Behinderung im Sinne von § 53 Abs. 1 Satz 2 SGB XII handelt, weil auf sie ein unbedingter Rechtsanspruch besteht, während diese Leistungen der Eingliederungshilfe lediglich als Ermessensleistungen in Betracht kommen.

Nachfragende Personen auf Leistungen gem. § 67 ff SGB XII mit Mehrfachbeeinträchtigungen i. S. von Rn. 3.3.1 können nicht von vorne herein auf die Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfe verwiesen werden. Es müssen präzise Bedarfprüfungen für Leistungen gem. § 67 ff SGB XII und fachlich begründete Entscheidungen - inklusive einer Ziel- und Maßnahmeplanung bei Leistungsanspruch - erfolgen.

Sofern es nicht möglich ist, den Gesamtbedarf durch eine Kombination von Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten zu decken, ist auf der Grundlage einer umfassenden Bedarfsermittlung und Gesamtplanung eine Zuordnung zu einer der beiden Leistungsarten notwendig. Eine enge Zusammenarbeit der regelhaft beteiligten Stellen ist zwingend notwendig.

Die Schnittstelle der beiden Leistungsarten ergibt sich aus der teilweise anderen Aufgabenstellung, der abweichenden Zielsetzung und den unterschiedlichen Anforderungen an den bestehenden Hilfebedarf und die Erfolgsaussicht. Die Aufgabe der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten umfasst auch, dem Hilfesuchenden die Ursache der besonderen Lebensumstände sowie der sozialen Schwierigkeiten bewusst zu machen und darauf hinzuwirken, dass die in Betracht kommenden Maßnahmen und geeigneten Hilfeangebote in Anspruch genommen werden sollten sowie die Leistungsberechtigten bei der Vermittlung in geeignete Hilfeangebote zu unterstützen.

Ziel der Hilfe nach dem Achten Kapitel SGB XII ist, den Leistungsberechtigten in die Lage zu versetzen, die besonderen sozialen Schwierigkeiten aus eigenen Kräften zu überwinden. Kann nach fachlicher Erkenntnis oder nach Verlauf bzw. Stand der Hilfe ein (weiterer) Erfolg im Hinblick auf die Stärkung der Selbsthilfekräfte nicht (mehr) erwartet werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen nach dem Achten Kapitel SGB XII bzw. endet er.

Bei Hilfe nachfragenden Personen, die wesentlich behindert sind, wird der Vorrang der Eingliederungshilfe allerdings nur insoweit wirksam, als

- mit den Leistungen der Eingliederungshilfe der gesamte Bedarf an fachlichen Hilfen gedeckt werden kann, (s. auch Rn. 3.2, 3. Absatz)
- die Leistungen der Eingliederungshilfen auch tatsächlich zur Verfügung stehen (s. auch Rn. 3.4.4) und
- unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Leistungsberechtigten erwartet werden kann, dass er in dem erforderlichen und möglichen Maß an der Erreichung der Förderziele der Eingliederungsmaßnahme mitarbeitet. (s. auch Rn. 3.2, 5. Absatz)

3.3 Problemlage

- 3.3.1 Es liegt eine Mehrfachbeeinträchtigung vor, da die Person in besonderen sozialen Schwierigkeiten im Sinne von § 67 SGB XII lebt und gleichzeitig eine wesentliche Behinderung bzw. eine sonstige Behinderung im Sinne von § 53 Abs. 1 SGB XII besteht.
- 3.3.2 Der festgestellte gegenwärtige Hilfebedarf ist (auch) durch behinderungsbedingte Schwierigkeiten geprägt. Fachliche Hilfeleistungen sind zur Sicherung der materiellen Existenzgrundlage (Ernährung, Wohnung, Krankenversicherung), Stärkung der Selbsthilfefähigkeiten und Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft notwendig.
- 3.3.3 Zur weiteren Verbesserung der Möglichkeiten zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft und zur Stärkung der Selbsthilfefähigkeiten wären Maßnahmen der Eingliederungshilfe notwendig. Der Leistungsberechtigte sieht die Ursache der bestehenden Beeinträchtigungen jedoch nicht in einer Behinderung bzw. ist nicht bereit Fördermaßnahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in Anspruch zu nehmen. Fachliche Hilfen sind notwendig, damit der Leistungsberechtigte das Vorliegen einer Behinderung akzeptiert und/oder zur Inanspruchnahme geeigneter Maßnahmen der Eingliederungshilfe bereit ist.
- 3.3.4 Wenn die Bereitschaft besteht ein bedarfsgerechtes Angebot der Eingliederungshilfe in Anspruch zu nehmen, der Leistungsberechtigte jedoch die Aufnahmevoraussetzungen der zur Verfügung stehenden Leistungsangebote noch nicht erfüllt bzw. der entsprechende Platz noch nicht zur Verfügung steht, sind fachliche Hilfen notwendig, damit eine Verschlechterung der Lebenssituation vermieden wird, die Motivation erhalten bleibt und die Voraussetzungen für einen Wechsel in das spezialisierte Leistungsangebot geschaffen werden.

3.4 Lösungen / Empfehlungen

3.4.1 Bedarfsermittlung / Gesamtplanung

Liegen Anhaltspunkte für eine Mehrfachbeeinträchtigung vor, müssen für die Bedarfsermittlung fachliche Stellungnahmen sowohl der am Gesamtplanverfahren der Eingliederungshilfe als auch der am Gesamtplanverfahren der Hilfe nach dem Achten Kapitel SGB XII regelhaft beteiligten Stellen eingeholt werden. Dies gilt unabhängig davon, welche Leistungen zunächst angestrebt werden oder an welchen Dienst / welche Einrichtung sich die Hilfe nachfragende Person zunächst gewandt hat.

Da bei Mehrfachbeeinträchtigten eine gesicherte Beurteilung des Gesamtbedarfes und eine fundierte Gesamtplanung bei Bekanntwerden des Bedarfes erfahrungsgemäß häufig nicht möglich ist, sollte ein Gesamtplan zunächst nur vorläufig aufgestellt und nach drei bis sechs Monaten überprüft werden. Bei der Entwicklung der Ziel- und Maßnahmeplanung ist immer mit zu prüfen, ob mit den in Betracht kommenden und zur Verfügung stehenden Leistungen der Eingliederungshilfe unter Berücksichtigung der Motivationslage des Leistungsberechtigten die Möglichkeiten zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in höherem Maße verbessert werden können, als bei der Hilfe nach dem Achten Kapitel SGB XII.

- 3.4.2 Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass bei einer ungesicherten Existenzgrundlage in der Regel zunächst nicht die Deckung eines Bedarfes an Teilhabeleistungen, sondern die Beratung und Unterstützung bei der materiellen Existenzsicherung im Vordergrund steht, empfiehlt sich als erster Schritt eine Bedarfsprüfung nach dem Achten Kapitel SGB XII sowie die Aufstellung eines vorläufigen Ziel- und Maßnahmeplanes. Liegt ein Rechtsanspruch auf Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten vor, sind die Leistungen zur Sicherung der Existenzgrundlage zu erbringen, da sie zum Leistungskatalog dieser Leistungsart gehören.

Sobald eine Stabilisierung der wirtschaftlichen Situation erreicht und die erforderliche Sachverhaltsermittlung für eine sachgerechte Gesamtbedarfsbeurteilung abgeschlossen ist, ist wie unter 3.4.1 beschrieben zu verfahren.

Liegen bei einer behinderten Person materielle Existenzprobleme **ohne** behinderungsbedingte Ursachen vor, bezieht sich die Bedarfsprüfung ausschließlich auf Leistungen gem. Achtem Kapitel SGB XII.

Gelangt man während einer § 67 ff SGB XII Maßnahme doch zu Kenntnissen über behinderungsbedingte Probleme, ist wie unter 3.4.1 beschrieben zu verfahren.

3.4.3 Bei fehlender Motivation des Leistungsberechtigten können Leistungen der Eingliederungshilfe mit Aussicht auf Erfolg nicht erbracht werden. Das Ziel der Hilfen ist, den Leistungsberechtigten den Zusammenhang zwischen seiner Behinderung und den Schwierigkeiten bei der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bewusst zu machen und seine Bereitschaft zur Inanspruchnahme der spezialisierten Leistungen der Behindertenhilfe zu wecken. Diese Motivationsaufgabe gehört in das Leistungsspektrum der Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten unter Berücksichtigung der Ausführungen unter Rn. 3.2, vorletzter Absatz.

3.4.4 Zur Erreichung der Hilfeziele die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfe zu erhalten, eine Verschlechterung der Lebenssituation zu verhindern und/oder die Aufnahmevoraussetzungen für eine Eingliederungsmaßnahme zu schaffen bedarf es enger Abstimmungen aller regelhaft beteiligten Stellen, um im Einzelfall zielorientierte und bedarfsgerechte Lösungen zu finden. Insbesondere sind vorübergehende kombinierte Leistungen beider Leistungsarten zu prüfen, da sie sich rechtlich nicht gegenseitig ausschließen, z.B. Leistungen gem. § 67 ff SGB XII und Einzelfallhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe.

In die Hilfeplanung sind die in Betracht kommenden Einrichtungen der Eingliederungshilfe mit einzubeziehen. Neben einer an dem Einzelfall orientierten Anpassung der Aufnahmevoraussetzungen sind auch Übergangslösungen (z. B. zeitlich befristete Begleitung des Leistungsberechtigten in der neuen Einrichtung durch den bisher betreuenden Dienst) zu prüfen.

Treten Fallgestaltungen häufiger auf, wo ersichtlich wird, dass Platzkapazitäten in der Eingliederungshilfe zu gering bemessen sind, die inhaltlichen Ausrichtungen nicht dem vorhandenen Hilfebedarf entsprechen oder die Zugangsvoraussetzungen zu hochschwellig sind, sollte der Träger der Sozialhilfe im Rahmen seiner allgemeinen Gewährleistungsverpflichtung nach § 5 SGB XII darauf hinwirken, dass ausreichende, hilfebedarfsorientierte und niederschwellige Leistungsangebote der Eingliederungshilfe bereit gestellt werden.

XII. Formen von Komplexleistungen

1. Allgemeines

Der Begriff „Komplexleistung“ ist nicht gesetzlich bestimmt. In den §§ 17 Abs. 2 Satz 3; 30 Abs. 1 Satz 2; 56 Abs. 2 SGB IX und der Frühförderverordnung, der Budgetverordnung sowie § 89 Abs. 3 SGB XI wird er als unbestimmter Rechtsbegriff verwendet, jedoch nicht definiert.

Eine Komplexleistung liegt vor, wenn bei einem behinderten Menschen verschiedene Hilfebedarfe einheitlich durch Leistungen (z. B. ärztliche, medizinisch-therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sozialpädagogische) befriedigt werden, deren Ausführung verschiedenen Leistungsträgern gesetzlich zugewiesen ist.

Die Leistungen müssen nicht notwendigerweise durch einen einzigen Sozialleistungsträger erbracht werden. Es können auch verschiedene Sozialleistungsträger ihre Leistungen einbringen. Die Leistungen müssen jedoch koordiniert erbracht werden⁹³. Die koordinierte Leistungserbringung wird in der Regel auf allgemeinen Vereinbarungen beruhen, die sich nicht nur auf einen Einzelfall beziehen. Damit unterscheidet sich die Komplexleistung von der z. B. im Gesamtplan § 58 SGB XII oder nach § 4 Abs. 1 SGB XII koordinierten Leistung, deren Absprachen / Vereinbarungen sich nur auf den konkreten Einzelfall beziehen. Die Leistungselemente sind additiv zusammengesetzt.

Als Problem für Komplexleistungen stellt sich § 30 Abs. 1 und 2 SGB IV dar, weil Sozialversicherungsträger nur Geschäfte zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben führen dürfen. Aufgaben anderer Sozialversicherungsträger und Träger öffentlicher Verwaltung dürfen ihnen nur auf Grund eines Gesetzes übertragen werden. Für eine Komplexleistung, die nur koordiniert erbracht werden kann, dürfte diese Gesetzesregelung kein Problem darstellen, wenn auch kaum praktiziert. Die Träger der Sozialhilfe und der Jugendhilfe dürfen sich an Komplexleistungen unter Beachtung des Nachranggrundsatzes (§ 2 SGB XII/§ 10 Abs. 1 SGB VIII) und ihrer Zuständigkeit beteiligen.

Ein Beispiel ist die integrierte Komplexleistung für psychisch erkrankte und behinderte Menschen im multidisziplinären Rehabilitationsteam zu nennen. Sie basiert auf der RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 29. September 2005 über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen. Hier werden die in die Zuständigkeit unterschiedlicher Leistungsträger fallenden Leistungselemente nicht additiv zusammengesetzt, sondern wirken ganzheitlich zusammen.

Anders sieht es bei Leistungen aus, die nur unteilbar, also in einem Komplex mit erbracht werden können. Hier können die einzelnen Elemente (z. B. berufliche Beratung und Förderung; Pflege) nicht mehr als selbstständige Leistung einem anderen Sozialleistungsträger zugeordnet werden. Diese Elemente müssen von dem überwiegend betroffenen Sozialleistungsträger als Annexleistungen mit getragen werden. Derartige Leistungen werden von dem Träger der Sozialhilfe insbesondere bei dem Personenkreis der seelisch behinderten Menschen erbracht. Eine Kostenerstattung ist wegen der fehlenden eindeutigen Kostenzuordnung nicht möglich. Für die Medizinische Rehabilitation und die Teilhabe am Arbeitsleben sind die Annexleistungen in den §§ 26 Abs. 3 bzw. 33 Abs. 6 SGB IX beschrieben.

Eine Annexleistung ist an folgendem Beispiel zu verdeutlichen: In einer therapeutischen Wohngemeinschaft (tWG) wird ein Leistungsempfänger auf Kosten des Trägers der Sozialhilfe betreut. In einem allgemeinen, der Teilhabe am Leben der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX) zuzuordnenden Beratungsgespräch mit Mitarbeitern der tWG ergibt sich die Notwendigkeit, ihm bei der Bewerbung auf eine Arbeitsstelle zu helfen. Die Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes ist nach § 33 Abs. 3 Nr. 1 SGB IX den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuzuordnen. Jedoch wird sich für diese im Zusammenhang mit einer überwiegenden Beratungstätigkeit erfolgten Beratung kein bezifferbarer Betrag aus der mit dem Träger der tWG vereinbarten Vergütung für die Maßnahmen in der tWG herausrechnen lassen. Somit fehlt es an einer wesentlichen Grundlage für einen denkbaren Ersatzanspruch gegenüber der Bundesagentur für Arbeit.

Der abweichende Begriff der Komplexleistung nach § 89 Abs. 3 SGB XI bezieht sich nur auf die Pflegeversicherung und wird dort „nur im Sinne einer Vergütungsregelung verwendet“⁹⁴.

⁹³ Breitkopf in Bihl/Fuchs/Krauskopf/Ritz (Hrsg.), SGB IX – Kommentar und Praxishandbuch, Sankt Augustin 2004, zu § 30 SGB IX Nr. 7

⁹⁴ Mroczynski in Kunze/Krückenberg (Hrsg.), Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Band 2, Baden-Baden 1999, 35 ff. 52

Eine trägerübergreifende Komplexleistung ist bisher für die Früherkennung und Frühförderung (§§ 30 und 56 SGB IX) sowie das Persönliche Budget (§ 17 SGB IX) gesetzlich geregelt worden. Bei einem Persönlichen Budget ist als Besonderheit zu beachten, dass die trägerübergreifende Komplexleistung im Einzelfall von dem zuständigen Rehabilitationsträger (Beauftragter) mit den übrigen am Bedarf beteiligten Rehabilitationsträgern abgestimmt wird. Der Beauftragte bewilligt der leistungsberechtigten Person auf der Basis der Zielvereinbarung den abgestimmten Bedarf als Einheit.

Komplexleistungen werden seit Jahren als ein geeignetes Instrument der Überwindung des gegliederten Sozialsystems angesehen, weil damit die Leistung beim Leistungsberechtigten wie aus einer Hand erfolgend empfunden wird. Deshalb wird der Ausbau solcher Komplexleistungen angestrebt.

Komplexleistungen können eine geeignete Form der Leistungserbringung sein, die den Betroffenen leichter als zurzeit einen schnellen und vollständigen Zugang zu allen für sie erforderlichen Rehabilitationsleistungen eröffnet. Voraussetzung für das reibungslose Erbringen ist aber, dass die gesetzlichen Grundlagen klar und streitfrei formuliert sind. Ist dies nicht der Fall, sind auch die Chancen für die reibungslose Leistungserbringung in Form der Komplexleistungen gering, wie sich am Beispiel der Komplexleistungen für die Frühförderung nach § 30 SGB IX sehr anschaulich gezeigt hat“.

2. Frühförderung

2.1 Allgemeines

In dem Alter, in dem die Frühförderung erforderlich wird, ist die Feststellung einer wesentlichen Behinderung oftmals schwierig. Für Kinder ist die Anwendung der ICF nur mit Einschränkungen möglich; eine eigene ICF für Kinder und Jugendliche ist in Vorbereitung. Eine möglichst aktuelle und vollständige Beschreibung des Entwicklungsstandes ist deshalb unabdingbar.

Rechtsansprüche hängen davon ab, ob eine wesentliche Behinderung konkret im Einzelfall einzutreten droht oder ob bereits eine wesentliche Behinderung vorliegt. Die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen hat deshalb z.B. in der Fragestellung zur Sachverhaltsermittlung dem Rechnung zu tragen.

In der Praxis bereitet die Schnittstelle zwischen medizinischen und pädagogischen Maßnahmen regelmäßig Probleme, vor allem, wenn medizinische Maßnahmen von pädagogischem Personal durchgeführt werden. Für den Sozialhilfeträger ist daher im Zusammenhang mit dem Nachranggrundsatz immer zu prüfen, ob die angestrebten Ziele mit Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erreicht werden können. Ist dies möglich, haben diese Vorrang vor pädagogischen Maßnahmen, die dieselben Ziele verfolgen.

Im Übrigen ist die Sozialhilfe nur zuständig, wenn die begehrten Leistungen nicht auf Erziehungsschwierigkeiten zurückzuführen sind

Ist dies der Fall, sind die Sozialhilfeleistungen in der Regel nicht geeignet, die angestrebten Ziele zu erreichen.

Bei allen Neugeborenen sollte ein Hörscreening vorgenommen werden. Es verhindert eine zu spät festgestellte Hörbehinderung und vermeidet insbesondere das rechtzeitige und kindgerechte sprechen lernen.

2.2. Rechtsgrundlagen

Frühförderung ist die Bezeichnung für pädagogische und therapeutische Maßnahmen für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder in den ersten Lebensjahren. Die medizinischen (§ 30 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX), das sind die ärztlichen, psychologischen sowie medizinisch-therapeutischen, und die heilpädagogischen Leistungen (§ 56

Abs. 2 SGB IX) zur Früherkennung und –förderung werden interdisziplinär als Komplexleistung erbracht.

Über die Zuordnung der Leistungen bestehen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Trägern der Sozialhilfe bis jetzt unterschiedliche Auffassungen, weshalb die im § 30 Abs. 3 SGB IX vorgesehenen gemeinsamen Empfehlungen auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gescheitert sind.

Aus diesem Grunde hat das seinerzeitige Bundesministerium für Gesundheit und Sozialordnung auf Grund von § 32 Nr. 1 SGB IX mit Zustimmung des Bundesrates am 24. Juni 2003 die Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV - BGBl. I S. 998) erlassen.

Die FrühV regelt detailliert,

- dass die in sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und interdisziplinären Frühförderstellen (IFF) nur für die nicht eingeschulten Kinder erbrachten Leistungen zur Frühförderung zählen (§ 1).
- welche Leistungen der Früherkennung und Frühförderung zuzurechnen sind. Es handelt sich um Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und heilpädagogische Leistungen. Die Landesrahmenempfehlungen können zu den Anforderungen an IFF und SPZ Näheres regeln.
- dass IFF familien- und wohnortnahe Dienste und Einrichtungen sind, die der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern dienen, um in interdisziplinärer Zusammenarbeit von qualifizierten medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Fachkräften eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern. Leistungen durch IFF werden in der Regel in ambulanter, einschließlich mobiler Form erbracht (§ 3).
- dass SPZ nach § 119 Abs. 1 SGB V zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigte Einrichtungen sind. Die frühzeitige Erkennung, Diagnostik und Behandlung durch SPZ ist auf Kinder ausgerichtet, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Behinderung oder einer drohenden Behinderung nicht von geeigneten Ärzten oder geeigneten IFF behandelt werden können (§ 4). Nicht-ärztliche sozialpädiatrische Leistungen haben das Ziel, Schädigungen oder Störungen in der körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Entwicklung von Kindern frühzeitig zu erkennen, zu verhindern oder in ihren Auswirkungen zu mindern. Zu den Maßnahmen gehören insbesondere Diagnostik, Psychotherapie sowie entwicklungs- und funktionstherapeutische Maßnahmen wie z. B. Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie und Sprachtherapie.
- welche Leistungen insbesondere im Rahmen der Früherkennung und Frühförderung zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zählen (§ 5). Hierbei handelt es sich um
 1. ärztliche Behandlung einschließlich der zur Früherkennung und Diagnostik erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten,
 2. nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, psychologische, heilpädagogische Leistungen, soweit und solange sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Förderplan aufzustellen,
 3. Heilmittel, insbesondere physikalische Therapie, Physiotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Beschäftigungstherapie, soweit sie auf Grund des Förder- und Behandlungsplans erforderlich sind.

Zu den Leistungen zählt auch die zur medizinischen Rehabilitation zählende Beratung der Erziehungsberechtigten. Dieses sind insbesondere das Erstgespräch, anamnestische Gespräche mit Eltern und anderen Bezugspersonen, die Vermittlung der Diagnose, Erörterung und Beratung des Förder- und Behandlungsplanes, Austausch über den Entwicklungs- und Förderprozess des Kindes einschließlich Verhaltens- und Beziehungsfragen, Anleitung und Hilfe bei der Gestaltung des Alltags, Anleitung zur Einbeziehung in Förderung und Behandlung, Hilfen zur Unterstützung der Bezugspersonen bei der Krankheitsverarbeitung und Krankheits- und Behinderungsverarbeitung sowie Vermittlung von weiteren Hilfs- und Beratungsangeboten.

- welche Leistungen insbesondere im Rahmen der Früherkennung und Frühförderung als heilpädagogischen Leistungen gelten. Es handelt sich um alle Maßnahmen, die die Entwicklung der Persönlichkeit des behinderten Kindes mit pädagogischen Mitteln anregen, einschließlich der jeweils erforderlichen sozial- und sonderpädagogischen, psychologischen und psychosozialen Hilfen sowie die fachbezogene Beratung der Erziehungsberechtigten. Die Aufzählung zur medizinischen Rehabilitation gilt entsprechend (§ 6).
- wie der Förder- und Behandlungsplan aufgestellt wird, was er enthält und mit wem er abgestimmt wird (§ 7).

- wie die Leistung erbracht wird (§ 8). Die zur Förderung und Behandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation und heilpädagogischen Hilfe erforderlichen Leistungen werden von den beteiligten Rehabilitationsträgern auf der Grundlage des Förder- und Behandlungsplans zuständigkeitsübergreifend als ganzheitliche Komplexleistung erbracht. Der Antrag auf die erforderlichen Leistungen kann bei allen beteiligten Rehabilitationsträgern gestellt werden. Der Rehabilitationsträger, bei dem der Antrag gestellt wird, unterrichtet unverzüglich die an der Komplexleistung beteiligten Rehabilitationsträger. Die beteiligten Rehabilitationsträger stimmen sich untereinander ab und entscheiden innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Förder- und Behandlungsplans über die Leistung.

Sofern die beteiligten Rehabilitationsträger nichts anderes vereinbaren, entscheidet der für die heilpädagogischen Leistungen jeweils zuständige Rehabilitationsträger (z. B. der Träger der Sozialhilfe) über Komplexleistungen IFF und der für die Leistung der medizinischen Rehabilitation jeweils zuständige Rehabilitationsträger (z. B. die Krankenkasse) über Komplexleistungen SPZ.

Erbringt ein Rehabilitationsträger im Rahmen der Komplexleistung Leistungen, für die ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist, ist der zuständige Rehabilitationsträger erstattungspflichtig. Vereinbarungen über pauschalierte Erstattungen sind zulässig.

IFF und SPZ arbeiten zusammen. Darüber hinaus arbeiten sie mit Ärzten, Leistungserbringern von Heilmitteln und anderen an der Früherkennung und Frühförderung beteiligten Stellen wie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zusammen. Soweit nach Landesrecht an der Komplexleistung weitere Stellen einzubeziehen sind, sollen diese an Arbeitsgemeinschaften der an der Früherkennung und Frühförderung beteiligten Stellen beteiligt werden.

- wie die Kosten der Komplexleistung geteilt werden (§ 9). Die an den Leistungen der IFF oder des SPZ jeweils beteiligten Rehabilitationsträger vereinbaren gemeinsam mit diesen die Entgelte für die zur Förderung und Behandlung zu erbringenden Leistungen der medizinischen Rehabilitation und heilpädagogischen Hilfe. Die Zuwendungen Dritter, insbesondere der Länder, für Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung nach der FrühV werden berücksichtigt.

Über die Aufteilung der Entgelte für Komplexleistungen schließen die Rehabilitationsträger auf der Grundlage der Leistungszuständigkeit nach Spezialisierung und Leistungsprofil des Dienstes oder der Einrichtung, insbesondere den vertretenen Fachdis-

ziplinen und dem Diagnosespektrum der leistungsberechtigten Kinder, Vereinbarungen, wobei die regionalen Gegebenheiten zu berücksichtigen werden.

Die Aufteilung der Entgelte kann pauschaliert werden. Der auf die für die heilpädagogischen Leistungen jeweils zuständigen Träger (z. B. Träger der Sozialhilfe) entfallende Anteil der Entgelte darf für Leistungen in IFF 80 % und in SPZ 20 % nicht übersteigen.

3. Persönliches Budget

Nach § 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB IX kann der zuständige Rehabilitationsträger Leistungen zur Teilhabe auch durch ein Persönliches Budget ausführen. Damit ist eine neue Form der Leistungsausführung vorgesehen. Es werden bisher bestehende Ansprüche auf Sach-, Dienst- und Geldleistungen modifiziert, jedoch nicht geändert. Das Persönliche Budget ist aber keine neue Leistung, sondern eine neue Form der Leistungserbringung.

Leistungen in Form Persönlicher Budgets werden nach § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX (BudgetV) von den Rehabilitationsträgern (also auch den Trägern der Sozialhilfe), den Pflegekassen und den Integrationsämtern erbracht. Zu den Leistungen der Krankenkassen gehören auch Leistungen, die nicht Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX sind und von den Trägern der Sozialhilfe auch Leistungen der Hilfe zur Pflege. Bei Beteiligung mehrerer Leistungsträger wird die Leistung als trägerübergreifende Komplexleistung erbracht; man bezeichnet diese Leistungsform als trägerübergreifendes Persönliches Budget.

Kommen Leistungen mehrerer Leistungsträger in Betracht, erlässt der nach § 14 SGB IX zuständige der beteiligten Leistungsträger im Auftrag und im Namen der anderen beteiligten Leistungsträger den Verwaltungsakt und führt das weitere Verfahren durch (§ 17 Abs. 4 Satz 1 SGB IX).

Die Besonderheit der Leistungsausführung in Form eines Persönlichen Budgets besteht darin, dass der Leistungsträger bzw. bei gemeinsamen Leistungen der Beauftragte gemeinsam mit der antragstellenden Person in einem trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahren über den zu deckenden notwendigen Bedarf sowie die Höhe des Persönlichen Budgets in Geld beraten und den Inhalt in einer Zielvereinbarung festlegen. Damit tritt das sonst übliche „sozialhilferechtliche Dreiecksverhältnis“, welches die Rechtsbeziehungen zwischen Leistungsträger, Leistungsanbieter und Leistungsempfänger regelt, außer Kraft. Denn beim Persönlichen Budget kann sich der behinderte Mensch selbst auswählen, durch welchen Dienstleister er die vereinbarte Leistung in Anspruch nehmen will. Allerdings ist eine Verständigung und Festlegung in der Zielvereinbarung darüber erforderlich, wie die Qualitätssicherung der vereinbarten Leistung erfolgt.

Eine weitere Besonderheit besteht darin, dass nach Abschluss des gesamten Beratungsverfahrens der zuständige Leistungsträger zunächst eine Zielvereinbarung mit der antragstellenden Person bzw. ihrem Bevollmächtigten oder ihrem gesetzlichen Vertreter abschließt. Dabei ist der Beauftragte an die Feststellungen der anderen beteiligten Leistungsträger gebunden. Erst wenn eine solche Zielvereinbarung abgeschlossen ist, ist der Beauftragte gem. § 3 Abs. 5 Satz 1 BudgetV berechtigt, den Bewilligungsbescheid zu erlassen.

Der Bescheid muss zum einen die Summe des Gesamtbudgets enthalten, zum anderen aber auch die Budgetanteile benennen, die den einzelnen beteiligten Leistungsträgern zuzuordnen sind. Dabei muss deutlich erkennbar sein, welcher Teil des Gesamtbetrags für welche Art von Sachleistungen oder Geldleistungen (im Falle der Sozialhilfe) der einzelnen Leistungsträger bestimmt ist. Nur so kann die betroffene Person für einen entsprechenden Mitteleinsatz sorgen. Dadurch kann eine Mischfinanzierung verhindert werden, die für die beteiligten Sozialversicherungsträger nach § 30 Abs. 1 SGB IV unzulässig ist. Dies gilt wegen des Nachranggrundsatzes auch für die Sozial-

hilfe. Der Budgetnehmer kann also keine im Budget enthaltenen Mittel der Sozialhilfe dafür einsetzen, Leistungen aus anderen Sozialleistungsbereichen (wie z. B. die Krankenversicherung) in Anspruch zu nehmen.

Deshalb bedarf es auch bei der Beratung über die Höhe des Persönlichen Budgets und die hinterlegten Leistungen einer klaren Regelung der Zuordnung. Das gegliederte System sozialer Leistungen mit den einzelnen Zuständigkeiten wird nämlich durch das trägerübergreifende Persönliche Budget nicht aufgehoben, auch wenn die Leistung dem Budgetnehmer als Komplexleistung, also wie aus einer Hand erfolgend, erscheint. Dieses grundsätzliche Verbot der „Quersubventionierung“ im trägerübergreifenden Persönlichen Budget bedeutet z.B. für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, dass der Budgetnehmer das vereinbarte Budget zur Teilhabe am Arbeitsleben nur im Rahmen der Zuständigkeit der jeweiligen Leistungsträger einsetzen kann.

Um eine Zuständigkeitsverschiebung zu vermeiden und andererseits eine höchstmögliche Flexibilität zu erreichen, ist die Frage der Einbeziehung von Teilhabeleistungen am Arbeitsleben durch den Sozialhilfeträger nicht vom Status des Leistungsanbieters auszugehen, sondern von den individuellen Leistungsfähigkeiten und damit von den Hilfebedarfen des Budgetnehmers. Der Sozialhilfeträger ist nämlich immer dann für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Sinne des § 41 SGB IX (also im Arbeitsbereich einer Werkstatt) zuständig, wenn der Budgetnehmer dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht, noch nicht oder noch nicht wieder zur Verfügung steht und deshalb als voll erwerbsgemindert gilt. Er muss sich also im Leistungskreis des SGB XII befinden. Solange dies der Fall ist, kann das mit dem Budgetnehmer vereinbarte Budget zur Teilhabe am Arbeitsleben eingesetzt werden⁹⁵.

⁹⁵ Näheres s. Handlungsempfehlungen der BAR „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“; Stand: 01.4.2009