

Eckpunkte zur Neuordnung der Eingliederungshilfe

Fraktionsbeschluss 19.06.2007

1. Vorbemerkung: Die Reform der Eingliederungshilfe als erster Schritt auf dem Weg zu einem Leistungsgesetz

Das deutsche Recht für Menschen mit Behinderungen setzt anspruchsvolle Ziele. Seit der Festschreibung des Benachteiligungsverbot in Artikel 3 des Grundgesetzes im Jahre 1994 ist in mehreren gesetzlichen Schritten eine sozial-, menschen- und bürgerrechtliche Rechtsgrundlage für Menschen mit Behinderungen geschaffen worden. Die gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe, Selbstbestimmung, Barrierefreiheit und das Verbot der Diskriminierung sind als anerkannte Kernprinzipien verankert. Diese Kernprinzipien sind im Sozialgesetzgebung Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) vom Juli 2001, im Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) vom Mai 2002 und im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) vom August 2006 festgeschrieben.

Allerdings bleibt die politische, gesellschaftliche und institutionelle Praxis vielfach noch hinter der anspruchsvollen normativen Zielsetzung zurück. Teilweise werden sogar konkrete gesetzliche Regelungen missachtet oder unterlaufen. Insbesondere die Durchsetzung der sozialrechtlichen Ansprüche für Menschen mit Behinderungen, die im gegliederten System der sozialen Sicherung verstreut sind, gestaltet sich nach wie vor schwierig. Mit dem SGB IX sind die sozialrechtlichen Ansprüche zwar zusammenfassend beschrieben und geordnet worden. Auch sind die Voraussetzungen für und Verfahren zur Inanspruchnahme von Leistungen definiert.

Menschen mit Behinderungen im Gestrüpp des Sozialrechts

Dennoch: Menschen mit Behinderungen bewegen sich in einem schwer überschaubaren Dschungel unterschiedlicher Leistungssysteme und Institutionen. Es gibt Sozialrechtstypen, die dem Prinzip des Schadensausgleichs folgen – etwa die Unfallversicherung. Daneben stehen Systeme der sozialen Vorsorge, die dem Versicherungsprinzip und dem beitragsabhängigen Äquivalenzprinzip folgen – so zum Beispiel die Renten- sowie die Arbeitslosenversicherung. Und es gibt das System der sozialen Hilfen, das dem Prinzip der Subsidiarität folgt – zuallererst die Sozialhilfe. Es gibt darauf aufbauend unterschiedliche Leistungsträger, voneinander abweichende Leistungsvoraussetzungen sowie konkurrierende Zuständigkeiten. Alles in allem führt diese Zersplitterung der Leistungen in der Praxis häufig zu einer fehlenden Bedarfsorientierung und Fehlsteuerung.

Vor allem aber bleibt das Ziel der Teilhabe, das heißt der Zugang und die Teilnahme von Menschen mit Behinderungen an allen gesellschaftlichen Bereichen ohne Vorbedingung, zu oft auf der Strecke.

Hauptgrund dafür ist ein eingeschränktes Verständnis der jeweiligen Rehabilitationsträger (Krankenkassen, Rentenversicherung, Agenturen für Arbeit, Sozialhilfeträger usw.) für ihre Gesamtverantwortung für den Menschen im Rehabilitationsprozess. Immer wieder treten Rehabilitationsträger gegenüber dem Menschen mit Behinderung als Teilleistungsträger auf. Eine Behinderung betrifft jedoch stets den ganzen Menschen in all seinen Lebensbereichen.

Mangelnde Kooperation und die Folgen: Beispiele

Zum Beispiel ist eine Behinderung, die durch eine chronifizierte Krankheit bedingt ist und zunächst als Krankheit „entdeckt“ wird, vom Rehabilitationsträger „Krankenkasse“ nicht allein mit medizinischen Mitteln bearbeitbar. Vielmehr liegt nahe, dass diese Behinderung auch die Möglichkeiten zur Teilhabe am Ar-

beitsleben einschränkt und deshalb besondere Leistungen der beruflichen Rehabilitation erforderlich sind, z.B. eine Umschulung in einen weniger gesundheitsbelastenden Beruf.

Die meisten Akteure im Gesundheitssystem fühlen sich trotz eindeutiger rechtlicher Verpflichtung allerdings nicht zuständig für das, was jenseits ihres vermeintlichen Kerngeschäfts liegt und informieren nicht einmal die Betroffenen über mögliche weitergehende Rehabilitationsmöglichkeiten, Leistungsansprüche und AnsprechpartnerInnen. Dadurch wird die rechtzeitige Arbeit der anderen Rehabilitationsträger wie etwa der Rentenversicherung oder der Agentur für Arbeit unnötig erschwert oder gar verhindert. Den Betroffenen werden Entwicklungschancen genommen. Denn ist behinderungsbedingt erst einmal die Arbeitslosigkeit verfestigt oder gar die Erwerbsminderung eingetreten, steigt der Aufwand zur Wiederherstellung beruflicher Teilhabe überproportional. Doch da die Krankenkassen weder die Kosten von behinderungsbedingter Langzeitarbeitslosigkeit noch eventuelle Erwerbsminderungsrenten tragen müssen, kümmert sie die nicht-medizinische Seite der Behinderung allenfalls am Rande.

Das so skizzierte Denken und Handeln in Sparten gilt für die meisten Rehabilitationsträger. So müsste umgekehrt der Rehabilitationsträger Bundesagentur für Arbeit den Bedarf an medizinischer Rehabilitation prüfen und die Krankenversicherung einschalten. Bedenkt man, dass mindestens ein Viertel der Langzeitarbeitslosen gesundheitlich beeinträchtigt ist, so würde ein korrekt angewandtes „Fördern und Fordern“ heißen, den Bedarf an medizinischer Rehabilitation zu prüfen und diese anzubieten.

So geht der Grundsatz erweiterter Selbstbestimmung und Teilhabe des SGB IX vielfach in den schablonenhaften Routinen der Rehabilitationsträger unter. Vermeidbare menschliche Belastungen und Ineffizienz sind die Folge. Zwei Urteile des Bundessozialgerichtes (BSG) zum Anspruch auf Hilfsmittel verdeutlichen dies: In einem Fall wurde für einen zwölfjährigen Jungen mit einem frühkindlich erworbenen Hirnschaden ein Therapie-Tandem, in dem anderen Fall für eine 56-jährige Frau mit Polyarthritiden ein Rollstuhl-Ladeboy verweigert – ein Gerät, das ihr ermöglichen sollte, den Rollstuhl selbst mit dem Auto zu transportieren. In beiden Fällen ging es um die Mobilität behinderter Menschen, einmal mehr unter therapeutischem, das andere Mal mehr unter dem Aspekt der Selbstbestimmung. In beiden Fällen entschied das BSG, die Krankenkassen seien *„alleine für die medizinische Rehabilitation, also die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktionen einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges“* zuständig. Die genannten Hilfsmittel wurden nicht zu denen gerechnet, die ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens betreffen. Möglicherweise besucht der Junge nun eine Einrichtung, in der er mit einem Therapeuten Tandem fahren kann und die Frau streitet sich mit der Krankenkasse um die Erstattung von Taxikosten für einzelne Fahrten zum Arzt oder zur Therapie. Die Krankenkasse hätte nichts gewonnen – im Gegenteil!

Allein vor diesem Hintergrund wäre eine Vereinheitlichung des Leistungsrechts für Menschen mit Behinderungen nur sinnvoll. Neben dem Wunsch der Sozialhilfeträger (Kommunen sowie zum Teil Bundesländer), von ihrem Kostenanteil für die Eingliederungshilfe entlastet zu werden, ist die Zersplitterung des Hilfesystems einer der Gründe, warum von verschiedenen Seiten immer wieder ein Bundesleistungsgesetz für Menschen mit Behinderungen gefordert wird.

Behindert ist man nicht, behindert wird man! – Für einen modernen Behinderungsbegriff im Sozialrecht

Eine Überwindung der sektoralen Zersplitterung des Leistungsrechts kann nur dann wirksam sein, wenn es gleichzeitig mit einem Prinzip der Leistungsbemessung und -erbringung verbunden wird, das erstens einem umfassendem Verständnis sozialer Teilhabe folgt, zweitens dem modernen Behinderungsbegriff entspricht, und drittens einheitlich ist. Die gegenwärtigen Definitionen von Behinderung im Sozialrecht entspringen im Wesentlichen dem Schadensbegriff des im 19. Jahrhundert entstandenen Versorgungsrechts. Eine Behinderung wird danach als individuelles Defizit und Beschädigung verstanden. Entsprechend hat sich ein Verständnis der Leistungserbringung eingestellt, das Rehabilitation als „Reparatur an der beschädigten Person“ betreibt und den gesellschaftlichen Kontext ausblendet. Zugleich wird der Anspruch auf Rehabilitationsleistungen, sofern er sich nicht aus Schadensersatzansprüchen (Unfallversicherung) oder Sozialversicherungsansprüchen ableitet, zu wesentlichen Teilen als staatliche Fürsorgeleistung (Eingliederungshilfe) gewährt. Im heutigen Sozialrecht hat sich zwar ein umfassenderes Verständnis von Teilhabe durchgesetzt. Auch berücksichtigen besondere Vorschriften zur Einkommensanrechnung in der Sozialhilfe die Behinderung als besonderen Lebensumstand, der beispielsweise die Möglichkeiten der Erwerbsarbeit erschwert und insofern eine Ungleichbehandlung gegenüber „gewöhnlichen“ Empfängern von Grundsicherung rechtfertigt. Gleichwohl sucht man im deutschen Sozialrecht eine systematische Zuordnung sozialer Leistungen sowie eine Bedarfsbemessung nach Maßgabe eines teilhabeorientierten Behinderungsbegriffs immer noch vergebens.

Ein moderner Behinderungsbegriff muss die Beeinträchtigungen im Wechselverhältnis von Funktionseinschränkungen,

Anforderungsstrukturen des gesellschaftlichen Umfeldes, benachteiligenden und ausgrenzenden Bedingungen sowie benachteiligendem Verhalten der Gesellschaft beschreiben. Dies bedeutet konkret: Gehörlosigkeit als solche stellt beispielsweise keine Behinderung dar, sondern ist eine Funktionseinschränkung in Bezug auf Kommunikationsmöglichkeiten. Diese Funktionseinschränkung lässt sich ausgleichen: Wenn Gebärdensprache staatlich anerkannt ist und von einem Teil der hörenden Bevölkerung beherrscht wird, wenn Gebärdensprachdolmetscher in Behörden, Schulen, Universitäten, Betrieben und im Alltag leicht verfügbar sind, wenn Gebärdensprache in den Medien jederzeit als Funktion zur Verfügung steht, dann tritt die Behinderung aufgrund von Gehörlosigkeit erst gar nicht oder nur sehr eingeschränkt ein. Die Behindertenbewegung hat diesen Sachverhalt in dem Slogan „Behindert ist man nicht, behindert wird man!“ treffend verdichtet.

Der Behinderungsbegriff nach der „Internationalen Klassifikation von Funktionseinschränkungen und Behinderungen“ (ICF) unterscheidet daher Schädigungen, Aktivitätseinschränkungen und Partizipationsverluste, die im Wechselverhältnis von Funktionsverlusten und Kontextfaktoren entstehen. Auch die UN-Konvention zu den Rechten von Menschen mit Behinderungen folgt dieser Perspektive. In einer Übersetzung vom 16. Februar 2007 ist der Personenkreis von ‚Menschen mit Behinderungen‘ in Artikel 1 der Konvention wie folgt definiert: *„Der Begriff Menschen mit Behinderungen umfasst Menschen mit langfristigen körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesschädigungen, die sie im Zusammenwirken mit verschiedenen Barrieren daran hindern können, gleichberechtigt mit Anderen uneingeschränkt und wirksam an der Gesellschaft teilzunehmen.“*

Der Nachteilsausgleich als rechtliches Prinzip

Diesem Behinderungsbegriff folgend müsste eine moderne, auf Teilhabe gerichtete Behindertenpolitik ihre Leistungen darauf ausrichten, die individuellen Nachteile, die sich aus bestimmten Funktionsverlusten ergeben, zu beseitigen (z.B. durch Barrierefreiheit) oder aber mit geeigneten Instrumenten auszugleichen (z.B. durch Assistenz). Das Prinzip des Nachteilsausgleichs liegt im Artikel 3 des Grundgesetzes begründet („Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“) und muss endlich systematisch auf das Steuer- und Sozialrecht übertragen werden. Andernfalls ist absehbar, dass bestehende Nachteilsausgleiche ausgehöhlt werden und die dringend notwendige Weiterentwicklung der Nachteilsausgleiche unterbleibt.

Zwei reale Fälle beschreiben beispielhaft den Bedarf an Systematisierung: Es scheint in der Tat schwer begründbar, warum etwa eine körperbehinderte Person im Rollstuhl mit einem auskömmlichen Amt als Sozialrichter einen Anspruch auf Befreiung von Rundfunk- und Fernsehgebühren haben soll. Die als Nachteilsausgleich konzipierte Gebührenbefreiung stellt sich hier eher als unberechtigte Begünstigung dar. Auf der anderen Seite ist jedoch ebenfalls nicht einzusehen, warum ein erfolgreicher Kleinunternehmer mit Behinderung sein ganzes Leben lang weniger verdienen soll als seine Angestellten – nur weil aufgrund seines behinderungsbedingten großen Unterstützungsbedarfs seine Einnahmen weitgehend auf die Sozialhilfe angerechnet werden.

Die grundsätzliche Problembeschreibung dürfte verdeutlicht haben, dass die beste Lösung zur Organisation eines ebenso wirksamen wie effizienten Unterstützungsbedarfs ein einheitliches Leistungsgesetz wäre, das den Nachteilsausgleich als Sozialleistungsprinzip verfolgt und in dem Strukturverantwortung, Kontrolle des Leistungsgeschehens und Finanzierung in einer Hand liegen.

Schritt für Schritt zum einheitlichen Leistungsrecht

In den vergangenen Jahren hat sich allerdings bereits der Versuch, mit Hilfe des SGB IX mehr Zusammenarbeit in der Leistungserbringung und mehr Kooperation zwischen den Leistungsträgern herbeizuführen, als außerordentlich schwierig erwiesen. Die aufgeführten Beispiele zeigen überdeutlich, wie massiv die Beharrungstendenzen der Rehabilitationsträger sein können. Umso unrealistischer erscheint der Versuch, in einem Zug die verschiedenen staatlichen und kommunalen Ebenen sowie die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung gleichzeitig zusammenzuführen. Sinnvoller ist es, abgestuft vorzugehen. Bündnis 90/Die Grünen setzen sich daher in der ersten Stufe das Ziel, zunächst das System der Eingliederungshilfe als zentrale Säule zu reformieren. In einem weiteren Schritt, der im Rahmen der ersten Stufe zeitgleich erfolgen sollte, ist es notwendig, das vor allem durch den Umbau der Bundesagentur für Arbeit angeschlagene System der beruflichen Rehabilitation zu verbessern. In einer zweiten Stufe wären im Rahmen der bestehenden Systeme mit Hilfe des SGB IX in mehreren Schritten die gesetzlichen Voraus-

setzungen für eine einheitliche Leistungserbringung zu schaffen. In der dritten Stufe stünde – gegenwärtig eher Perspektive denn konkretes Projekt – ein einheitliches Leistungsgesetz für Menschen mit Behinderungen.

2. Bestandsaufnahme: Eine Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe ist notwendig

Die Leistungen der Eingliederungshilfe, sind für viele Menschen mit Behinderungen unverzichtbar. Sie werden nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) als Sonderleistung der Sozialhilfe erbracht. Von zentraler Bedeutung für Bündnis 90/Die Grünen sind der Grundsatz der individuellen Bedarfsdeckung sowie das im SGB IX und im SGB XII verankerte Recht auf Teilhabe und Selbstbestimmung. Diese Grundsätze sollen gleichermaßen konstitutiv für eine effektive Eingliederungshilfe sein.

Die Eingliederungshilfe steht in mehrfacher Hinsicht vor neuen Herausforderungen.

Erstens ist eine ständig steigende Zahl von Menschen auf die Leistungen der Eingliederungshilfe angewiesen. Dies liegt vor allem daran, dass erstmals seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs eine Generation von älteren Menschen mit vorwiegend geistigen Behinderungen heranwächst. Während der NS-Herrschaft ist eine ganze Generation von Menschen mit geistiger Behinderung ermordet worden. Darüber hinaus tragen der medizinische Fortschritt und veränderte Arbeits- und Lebensbedingungen zur Zunahme der Behinderungen bei.

Gesamtbetrachtung der Fallzahlentwicklung im stationär und ambulant betreutem Wohnen

	Hochgerechnete Ist-Zahlen						Hochgerechnete Prognosen				
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Stationär	164.700	169.200	179.000	184.100	186.700	191.100	191.600	194.600	196.500	197.500	199.800
ambulant	38.400	41.200	40.900	43.600	49.500	57.100	63.100	68.100	72.700	75.300	80.100
Summe	203.100	210.400	219.900	227.700	236.200	248.200	254.700	262.700	269.200	272.800	279.900
Steigerung		3,6%	4,5%	3,5%	3,7%	5,1%	2,6%	3,1%	2,5%	1,3%	2,6%

(Quelle: BAGüS 01.12.2006)

Parallel zum Anstieg der Zahl derer, die Leistungen in Anspruch nehmen, ergibt sich ein Aufwuchs der Kosten für die Eingliederungshilfe. Allein zwischen 1991 und 2004 stiegen die Kosten um jährlich 8,5 % von vier Mrd. Euro auf 11,5 Mrd. Euro an (BT-Drucksache 16/808 vom 06.03.2006). Nach Einschätzung des BMAS wird bis zum Jahr 2010 mit Mehrausgaben von rund 3 Mrd. Euro zu rechnen sein. Für die Sozialhilfeträger, insbesondere die Kommunen, kommt es zu großen Herausforderungen. Die finanzielle Lage der Sozialhilfeträger ist dabei allerdings nicht überall so dramatisch, wie sie in den letzten Jahren dargestellt wurde. Der konjunkturelle Aufschwung sowie die Ende 2003 beschlossene „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ (SGB II) hat zu erheblichen finanziellen Entlastungen zumindest für die Haushalte der wirtschaftsstarken Kommunen geführt.

Zweitens hat es die Eingliederungshilfe bislang nicht vermocht, den Bedürfnissen nach mehr Selbstständigkeit und Selbstbestimmung nachzukommen. Das System der Hilfen in seiner jetzigen Form wird den Lebenswirklichkeiten längst nicht immer gerecht und schöpft auch die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu Verwirklichung eines eigenständigen Lebens nicht aus. Vor allem die Leistungsanbieter mit Großeinrichtungen entwickeln von sich aus sehr zaghaft eine Angebotsstruktur für das Wohnen von Menschen mit Behinderungen in der eigenen Häuslichkeit oder in neuen Wohnformen. Um bestehende Leistungsverträge mit den Kostenträgern nicht zu gefährden, werden neue Angebote meist als „Außenwohngruppen“ eingerichtet, die sich in der rechtlichen, finanziellen und organisatorischen Abhängigkeit bestehender Großeinrichtungen befinden. Eine Unterstützungslandschaft mit einer Vielfalt unabhängiger Leistungsanbieter kann so kaum entstehen.

Drittens ist die institutionelle Struktur im System der Eingliederungshilfe in weiten Teilen ineffizient und nicht in der Lage, eine bedarfsgerechte Leistungserbringung zu organisieren. In einigen Bundesländern gibt es sogar noch die getrennte Zuständigkeit örtlicher und überörtlicher Sozialhilfeträger, die sich für die Steuerung der Eingliederungshilfe als äußerst ineffizient erwiesen hat. Andere Bundesländer wie Baden-Württemberg haben die überörtlichen Sozialhilfeträger abgeschafft und allein den Städten und Kreisen die Eingliederungshilfe übertragen. Ein einheitliches System der Leistungserbrin-

gung im Sinne gemeinsamer Qualitätsstandards, gemeinsamer Kriterien sowie effektiver Kontrollinstanzen ist jedoch nicht im Gegenzug eingerichtet worden. Unsystematisches und teilweise willkürliches Handeln einzelner örtlicher Sozialhilfeträger wurde somit erleichtert. Ein viel zu großer Teil der Sozialhilfeträger ist beinahe ausschließlich kurzfristigen Kosten-Nutzen-Kalkülen zugewandt und zugleich wenig innovationsfreundlich. Mehr als 60 verschiedene Verfahren zur Kostenbemessung machen eine transparente Preisbildung für Eingliederungsleistungen praktisch unmöglich. Trotz ermutigender Vorbilder versäumt es die Mehrheit der Sozialhilfeträger bis zum heutigen Tage, den Bedürfnissen nach ambulanten Leistungen im notwendigen Umfang nachzukommen und die ambulante Unterstützungsstruktur aufzubauen. Allerdings muss festgehalten werden, dass die Unwilligkeit der bestehenden Großeinrichtungen, ihre Angebotsstruktur zu verändern, eine Durchsetzung innovativer Konzepte erheblich erschwert.

Angesichts dieser strukturellen Defizite der Leistungsgewährung und Leistungsorganisation auf Seiten der Kommunen ist die immer wieder geforderte Kostenbeteiligung des Bundes nicht ohne weiteres angezeigt. Solange die Mehrheit der Sozialhilfeträger nicht eindeutig im Sinne der eingangs aufgeführten Grundsätze die Leistungserbringung in der Sozialhilfe fachlich und strukturell weiterentwickelt, wäre eine finanzielle Beteiligung des Bundes an einem streckenweise unzulänglichen System sogar schädlich. Andererseits könnte sich der Bund bei einem forcierten Aufbau neuer Angebotsstrukturen durch die Anbieter und Sozialhilfeträger kaum der Pflicht entziehen, letztere zu unterstützen. Ohne die Einsicht in die Notwendigkeit zur Kooperation auf beiden Seiten werden bestehende Ineffizienzen verlängert, die letztlich zu Lasten der Lebensqualität der betroffenen Menschen mit Behinderungen gehen.

Viertens ist der Gesetzgeber gefordert, seine rechtlichen Normen klar zu ordnen. Vielfach gibt es widersprüchliche Regelungen in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern. Ein Beispiel: Nach § 9 SGB IX existiert ein Wunsch- und Wahlrecht, das es Menschen mit Behinderungen ermöglichen soll, eine ambulante statt einer stationären Versorgung auszuwählen. Gleichzeitig ist sogar der Vorrang ambulanter Hilfen im § 13 SGB XII klar formuliert. Das Wunsch- und Wahlrecht wird jedoch im gleichen Sozialgesetzbuch gleich wieder eingeschränkt, da nur die „angemessenen“ Wünsche berücksichtigt werden müssen. Zusätzlich kann der Sozialhilfeträger die „Verhältnismäßigkeit der Kosten“ ins Feld führen, um Wünsche nach ambulanten Versorgungsformen abzulehnen. Im Ergebnis müssen Abwägungen zur Zumutbarkeit, Verhältnismäßigkeit der Kosten und Angemessenheit der Wünsche immer wieder von den Gerichten getroffen werden. Immer wieder müssen Menschen mit Behinderungen um die Finanzierung ihrer persönlichen Assistenz kämpfen und leben teils über mehrere Jahre in der Ungewissheit, vielleicht doch ins Heim abgeschoben zu werden. Unter diesen Bedingungen kann kaum ein Markt für Anbieter neuer Wohnformen und ambulanter Unterstützungsangebote entstehen. Es entsteht eine negative Rückkopplung: Der mangelnde Aufbau einer ambulanten Versorgungsstruktur dürfte mit dafür verantwortlich sein, dass anspruchsvollere ambulante Wohn- und Versorgungsformen hochpreisig sind bzw. hohe Anfangsinvestitionen erfordern.

3. Acht Vorschläge zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe

Die Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen unterbreitet acht Teilvorschläge, die das Prinzip des Nachteilsausgleichs umsetzen, individuelle Unterstützung ermöglichen, Anreize für neue Wohnformen schaffen sowie eine wirtschaftlichere Leistungserbringung sicherstellen.

Erstens: Finanzielle Anreize und Unterstützung für die eigene Häuslichkeit aller Menschen mit Behinderungen

Trotz der Beschwörung des Grundsatzes „Ambulant vor Stationär“ durch alle Akteure in der Behindertenpolitik stellt das Wohnen im Heim immer noch die vorherrschende Wohnform von denjenigen Menschen mit Behinderungen dar, die auf einen erhöhten Unterstützungsbedarf angewiesen sind. Daher schlägt die Grüne Bundestagsfraktion vor, den Schritt von Menschen mit Behinderungen in die eigene Häuslichkeit deutlich stärker als bisher zu fördern und mit materiellen Anreizen zu unterstützen.

Wir wollen die ambulanten Leistungen der Eingliederungshilfe zur Unterstützung des selbständigen Wohnens als einkommens- und vermögensunabhängige, bedarfsgerechte und budgetfähige Leistungen zur Verfügung stellen. Das heißt: Für diese Unterstützungsleistungen (nicht für die Hilfe zum Lebensunterhalt!) wird somit auf die Anrechnung von Vermögen und Einkommen der Antragsteller/innen ebenso verzichtet wie auf die Heranziehung unterhaltspflichtiger Angehöriger. Dies ist auch mit Blick auf das Benachteiligungsverbot des Grundgesetzes geboten: Es ist derzeit auch rechtssystematisch höchst fragwürdig, dass letztlich allein die Tatsache der Behinderung eine benachteiligende Einkommensanrechnung ausgerechnet für solche Leistungen begründet, die das spezielle Ziel haben, Benachteiligung zurückzuführen und gleichberechtigte Teilhabe zu sichern.

Eine Win-Win-Situation für Sozialhilfeträger und Leistungsberechtigte? -Finanzielle Auswirkungen der Nichtanrechnung von Einkommen auf ambulante Leistungen

Auf den ersten Blick scheint der Verzicht auf die Anrechnung von Einkommen und Vermögen zu weiteren Kostensteigerungen für die Sozialhilfeträger zu führen. Tatsächlich ist das Gegenteil der Fall: Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung „Selbständiges Wohnen behinderter Menschen in NRW“ der Universität Siegen vom Dezember 2006 zeigen, dass eine stärkere Förderung ambulanter Wohnformen das Potential zur Kostenreduktion hat. Denn die mittleren Kosten für eine stationäre Unterbringung in Nordrhein-Westfalen betragen ca. 37.500 € pro Person im Jahr 2005. Die mittleren Kosten für bedarfsgerechte ambulante Hilfen für selbständiges Wohnen beliefen sich hingegen auf etwa 7.600 € (jeweils einschließlich der Hilfe zum Lebensunterhalt).

Der Kostenunterschied erklärt sich einerseits durch den unterschiedlich hohen Bedarf an Unterstützung, denn gegenwärtig nehmen vor allem Personen mit einem geringeren Betreuungsbedarf ambulante Hilfen in Anspruch. Andererseits stellt das Wohnen in stationären Einrichtungen eine umfangreichere Leistungsart dar: Heimbewohnerinnen und -bewohner erhalten im Rahmen der Eingliederungshilfe eine „Rund-um-Versorgung“ von der behinderungsbedingten Förderung (Maßnahmepauschale) bis hin zur Bereitstellung von Unterkunft, Verpflegung und Bekleidung (Grund- und Investitionspauschale). Zur Verwirklichung ihrer persönlichen Bedürfnisse erhalten sie monatlich ein - zugegebenermaßen kärgliches - Taschengeld.

Jeder Wechsel vom stationären zum ambulanten Bereich entlastet den Kostenträger also erheblich auf der Ausgabenseite. Den Entlastungen sind die Einnahmeverluste durch den Verzicht auf Einkommensanrechnung gegenüberzustellen. Erste vorläufige Erhebungen des großen überörtlichen Sozialhilfeträgers Landschaftsverband Rheinland fördern Überraschendes zu Tage: Nur rund 5 % der Leistungsberechtigten müssen überhaupt einen Eigenanteil aus Einkommen für die Unterstützungsleistungen zur Förderung des ambulant betreuten Wohnens leisten. Durchschnittlich belaufen sich diese Einnahmen pro Person in ambulanten Wohnformen auf ganze 250 € im Jahr! Im stationären Bereich hingegen belaufen sich die Einnahmen auf durchschnittlich rund 6.800 € pro betreuter Person und Jahr.

Der große Unterschied auf der Einnahmeseite ist wiederum mit der Besonderheit der Leistungsarten erklärbar: Im Bereich der ambulanten Hilfen finanziert der Sozialhilfeträger im Rahmen der Eingliederungshilfe ausschließlich die Maßnahmen zur Unterstützung des selbständigen Wohnens – zum Beispiel die erforderlichen Fachleistungsstunden für Betreuer sowie Assistenz nach festen Stundensätzen. Hinzu kommen je nach Lage des Einzelfalls weitere ambulante Eingliederungshilfeleistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (z. B. Fahrdienste). Alle weiteren Kosten der Lebensführung, die vom behinderungsbedingten Bedarf getrennt sind, muss die Person wie jede andere auch aufbringen: Entweder aus eigenem Erwerbseinkommen und Vermögen, über Renten und Wohngeld oder über entsprechende Grundsicherungsleistungen (Arbeitslosengeld II, Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit). Da das Einkommen vorrangig zum Bestreiten des Lebensunterhalts verbraucht wird, bleiben zur Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen der Eingliederungshilfe nur geringe Beträge. Stellt man die Verwaltungskosten eines Buchungsvorgangs von rund 10 € den derzeit erzielbaren Einnahmen von durchschnittlich 250 € pro Jahr und Person gegenüber, wird deutlich, dass die Einkommensanrechnung bei ambulanten Hilfen wahrscheinlich eher Kosten verursacht als Einnahmen einbringt!

Im Bereich der stationären Einrichtungen hingegen steht dem Komplettangebot aus Wohnen und Unterstützungsleistungen eine breitere Anrechnung von Einkommen (v.a. Renten) und Vermögen sowie die (begrenzte) Heranziehung Unterhaltspflichtiger gegenüber. Einen weiteren Beitrag steuern die Leistungen der Pflegekassen bei. Entsprechend höher sind automatisch die Einnahmen für den Sozialhilfeträger.

Als Ergebnis einer Gesamtabwägung bedeutet der Verzicht auf die Einkommensanrechnung bei ambulanten Leistungen der Eingliederungshilfe einen systematisch folgerichtigen sowie wirtschaftlich plausiblen Schritt. Für die Kostenträger der Eingliederungshilfe ergeben sich beachtliche Potentiale, die Umstellung der Wohnformen mit Hilfe zusätzlicher Anreize zu beschleunigen und auf diese Weise den unvermeidlichen Kostenanstieg zu dämpfen.

Einschränkend ist allerdings festzuhalten, dass die dargestellte einfache Gegenüberstellung des finanziellen Aufwands stationärer und ambulanter Hilfen in dieser Form nicht ohne weiteres zur Prognose künftiger Kostenentwicklung geeignet ist. Denn auch Menschen mit schweren Behinderungen müssen ihren Anspruch auf ambulante Hilfen wahrnehmen können. Doch je mehr Personen mit höherem Unterstützungsbedarf aus dem vormals stationären Bereich ambulante Versorgungsformen wählen, desto höher werden mit Sicherheit die durchschnittlichen Kosten ausfallen. Dennoch scheint es auf Grund des hier aufgezeigten großen Kostenunterschiedes vertretbar, zumindest für einen nicht unerheblichen Personenkreis davon auszugehen, dass Ambulantisierung und Kostenreduktion Hand in Hand einhergehen.

So genannte ambulante Angebote sind differenziert zu betrachten. Selbständige Wohnformen für Menschen mit schweren Behinderungen werden immer besondere organisatorische und technische Voraussetzungen erfordern, was die direkte Vergleichbarkeit mit anderen ambulanten Versorgungsformen einschränkt. Die starre Trennung der Leistungsformen ambulant, teilstationär und stationär muss aufgebrochen werden, um flexible Übergänge zu ermöglichen.

Förderung selbständiger Lebensführung durch Beratung

Der Ausbau ambulanter Wohnangebote ist nicht ohne den flächendeckenden Aufbau von Koordinierungshilfen und Beratungsangeboten denkbar. Insbesondere Menschen mit so genannten geistigen Behinderungen müssen sich auf ein selbständiges Leben vorbereiten und im Bedarfsfall auf Unterstützung zurückgreifen können. Gleichzeitig ist es unerlässlich, ihren Angehörigen Entscheidungskompetenz zu vermitteln und sie konkret zu entlasten. Vorbild für Beratungsangebote kann das Modell der „Kontakt-, Koordinierungs- und Beratungsstellen“ (KoKoBe) im Rheinland sein, das dort bereits flächendeckend umgesetzt ist. Auch aus Schweden liegen gute Erfahrungen mit lokalen Beratungs- und Kriseninterventionsdiensten vor. In den KoKoBe erhalten Menschen mit Behinderungen Unterstützung bei der Vorbereitung auf ein Leben in der eigenen Häuslichkeit und werden in einem mehrmonatigen „Training“ auch auf diejenigen Risiken des Alltags vorbereitet, die bis dahin von ihnen ferngehalten wurden – beispielsweise Lockangebote unseriöser Verkäufer. Sie können dort auch jederzeit in Krisensituationen Unterstützung suchen. Das Vorhandensein solcher Anlaufstellen nimmt den Betroffenen Ängste und bietet einen Ausgleich für den Verzicht auf die Sicherheit der „Rund-um-Versorgung“ im Heim. Zusätzlich müssen die vor Ort vorhandenen Angebote der Eingliederungshilfe miteinander vernetzt werden. In Hilfeplankonferenzen sind anhand vorliegender Hilfepläne unter Beteiligung der Anbieter vor Ort, der Gebietskörperschaft und des verantwortlichen Sozialhilfeträgers fachliche Empfehlungen für konkrete Assistenzleistungen im Einzelfall zu erarbeiten.

Zweitens: Das Teilhabegeld als einheitlicher finanzieller Nachteilsausgleich

Unser Ziel ist die Schaffung eines einheitlichen finanziellen Nachteilsausgleichs für Menschen mit Behinderungen. In einem ersten Schritt werden die bisher geleisteten finanziellen Nachteilsausgleiche zu einem Teilhabegeld zusammengefasst und einheitlich als Leistung des Bundes gezahlt.

Damit werden die bisherigen Sonderleistungen für bestimmte Gruppen von Menschen mit Behinderungen (z.B. Blindengeld oder die zeitlich unbegrenzte Kindergeldzahlung über das 25. Lebensjahr hinaus), spezifische Landesleistungen und weitere Sonderleistungen (Freibeträge im Einkommenssteuerrecht, Rundfunkgebührenbefreiung) durch eine Geldleistung für alle Menschen mit Behinderungen ersetzt. Dabei ist eine Staffelung der Leistungshöhe entsprechend dem Grad der mit einem Funktionsverlust verbundenen Behinderungen angebracht. Einige wenige spezifische Nachteilsausgleiche wie die unentgeltliche Beförderung im Nahverkehr, Freibeträge bei Wohngeld und Wohnungsbauförderung wollen wir jedoch von der Zusammenführung ausnehmen. Die Leistungen des einheitlichen Nachteilsausgleiches stehen den Menschen mit Behinderungen, die selbstständig leben, direkt ohne Anrechnung von Vermögen und Einkommen zur Verfügung. In diesem Zusammenhang ist es besonders wichtig, ambulante Wohnformen so flexibel zu gestalten, dass auch Menschen mit schweren Behinderungen diese in Anspruch nehmen können.

Für stationär untergebrachte Menschen mit Behinderungen wird diese Leistung auf die anfallenden Heimkosten angerechnet, weil es alle Kosten der Versorgung abdeckt. Dies erhöht die Einnahmehasis der Sozialhilfeträger und führt somit zu einer indirekten Kostenentlastung. Die als Sachleistungen erbrachten Teilhabeleistungen im stationären Bereich dürfen nicht eingeschränkt werden.

Drittens: Transparente Bedarfserhebung, Hilfeplanverfahren und gesetzliche Regelung der Komplexleistung - Abkehr von einer angebotszentrierten Steuerung

Das Verfahren der Leistungsbemessung und Leistungsgestaltung selbst muss stärker in den Mittelpunkt rücken. Nicht die vorhandenen Strukturen und Formen des existierenden Hilfesystems dürfen die Planung der Hilfe bestimmen, sondern die Ziele und der Unterstützungsbedarf der Menschen. Erst dann lassen sich Dienstleistungen gestalten, die den Gedanken der Selbstbestimmung, Individualisierung und Zweckbestimmung sinnvoll verknüpfen. Stimmt man diesem Gedanken zu, so benötigen die Bedarfsermittlung und die Bestimmungen hierzu größere Aufmerksamkeit.

Das Land Rheinland-Pfalz und der Landschaftsverband Rheinland haben Hilfeplanverfahren eingeführt, welche die Mitwirkung der Menschen mit Behinderungen sichern und Informationen über deren Ziele

sowie Fähigkeiten und aktivierbare Ressourcen zur Verfügung stellen. Gleichzeitig sind sie geeignet, erforderliche Leistungen im Einzelfall herauszufinden und diese zu vergütungsfähigen Leistungskomplexen zusammenzustellen. Der Vorteil eines Hilfeplans liegt darin, dass auf diese Weise die Nachfrage inklusive des Geldwertes je Person ermittelt werden kann und anschließend nach den Grundsätzen des Wunsch- und Wahlrechts ein oder mehrere Anbieter zur Durchführung dieser Leistungen gesucht werden können. Dieses Verfahren ist deshalb unabhängig davon, ob Sachleistungen oder Geldleistungen gewährt werden.

Versuche des Gesetzgebers, sowohl mit der Komplexleistung Frühförderung als auch mit dem Persönlichen Budget eine Gesamtverantwortung von Leistungsträgern im gegliederten System durch trägerübergreifende Komplexleistungen herzustellen und somit die Grenzen des gegliederten Systems aufzubrechen, waren bislang noch nicht sehr erfolgreich. Im Sinne eines Gesamtkonzeptes sollte statt der Fiktion einer Gesamtzuständigkeit eher ein Ineinandergreifen der verschiedenen Leistungssysteme durch klare Leistungsanpassungen und verpflichtende Regelungen bis hin zur möglichen Festlegung von pauschalen Finanzierungsanteilen gesetzlich beschrieben werden.

Eine stärkere Aufmerksamkeit für Verfahren und eine verbindlichere Gestaltung von Hilfeplanverfahren können bei der Definition und Kalkulation von Maßnahmepauschalen von großem Nutzen sein. Hilfeplanverfahren ermöglichen es darüber hinaus, den Geldwert einer notwendigen Sachleistung zu bestimmen. Sie sind damit prädestiniert für die Umwandlung von Sach- in Geldleistungen im Rahmen von Persönlichen Budgets. Durch eine verbindlichere Gestaltung von Hilfeplanverfahren könnten wesentliche Probleme überwunden werden, die derzeit die Verbreitung von Persönlichen Budgets behindern. Derzeit existiert kein einheitliches Verfahren der Bedarfsermittlung und gerade die Ermittlung der nötigen Hilfen und Bedarfe im ambulanten Bereich erfolgt unsystematisch. Selbst in den Modellregionen existiert kein einheitliches Verfahren. Das erzeugt Ungewissheit über die Höhe der zu erwartenden Leistungen.

Viertens: Leistungsträgerübergreifendes Persönliches Budget verbessern!

Mit dem Inkrafttreten des Persönlichen Budgets zum 01. Juli 2004 wurde ein bedeutender Schritt zu mehr Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen getan. Diese haben nun ein Wahlrecht auf die gebündelte Auszahlung der ihnen zustehenden Sozialleistungen. Mit dem Budget können sie eigenverantwortlich ihre notwendigen Dienstleistungen einkaufen. Mit dieser leistungsträgerübergreifenden Auszahlung von staatlichen Transferleistungen und Versicherungsleistungen wurde ein völlig neues Instrument im Sozialrecht eingeführt. Menschen mit Behinderungen können nun auf eigenen Wunsch ihre bisherigen Sachleistungen als Geldleistung erhalten und über ihre Wohnformen sowie die Art der Unterstützung selbstbestimmt entscheiden.

Bisher wurden allerdings nur sehr wenige Anträge auf das Persönliche Budget gestellt. Bis zum Januar 2007 wurden aus insgesamt acht Modellregionen, die der Gesetzgeber zur Erprobung Persönlicher Budgets eingerichtet hat, erst 405 bewilligte Budgets dokumentiert. Außerhalb der Modellregionen ist die Zahl der Anträge im bundesweiten Vergleich sehr gering.

Diese sehr zurückhaltende Wahrnehmung der Möglichkeit, ein Persönliches Budget in Anspruch zu nehmen, hat verschiedene Gründe. Das tatsächlich leistungsträgerübergreifende Budget spielt in den Modellregionen kaum eine Bedeutung, weil sich verschiedene Rehabilitationsträger äußerst schwer damit tun, „ihr“ Geld in einem Gesamtbetrag aufgehen zu lassen, dessen Verwendung überdies zu weiten Teilen der Budgetnehmerin anheim gestellt ist. Die Furcht, die Zweckbestimmung der Versicherungsgelder und Sozialleistungen dann nicht rechtsfest nachweisen zu können, lähmt die Bereitschaft der Kostenträger zur Kooperation. Die Sozialhilfeträger sind denn auch bislang ganz überwiegend alleiniger Träger von Budgetleistungen.

Unabhängige Budgetassistenz und Aufhebung der Deckelung

Eine unabhängige Budgetassistenz für die Budgetnehmer könnte die Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets forcieren. So stellt die „erforderliche Beratung und Unterstützung“, die so genannte Budgetassistenz, bei der Verwaltung des Persönlichen Budgets für Menschen mit geistiger Behinderung bzw. seelischer Erkrankung vielfach eine notwendige Voraussetzung dar. Kostenträger weigern sich jedoch häufig, die erforderliche Budgetassistenz bei der Bemessung des Persönlichen Budgets als zusätzlichen Aufwand anzuerkennen.

Um dem Grundsatz des § 17 SGB IX zum Persönlichen Budget nach einer individuellen Bedarfsdeckung und der „erforderlichen Beratung und Unterstützung“ nachzukommen, muss die Budgetassistenz als zusätzliche Leistung gewährleistet und finanziert werden. Zur verbesserten Inanspruchnahme ist künftig auf

eine „Deckelung“ zu verzichten. Der gewährte Budgetbeitrag muss die Kosten der bisher gewährten Sachleistungen für ambulante oder stationäre Hilfen überschreiten dürfen. Wir gehen davon aus, dass dies ohnehin nur in wenigen Fällen tatsächlich eintreten wird. Die Deckelung hat sich aber als wichtiges psychologisches Hemmnis erwiesen, das die Inanspruchnahme durch die Leistungsberechtigten erschwert. Die Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen sieht den Bund in der Verantwortung, unter Beachtung des Konnexitätsprinzips die notwendigen Anpassungen des Sozialrechts vorzunehmen.

Bislang ist es auch nicht gelungen, eine bedarfsadäquate ambulante Infrastruktur aufzubauen. Dies gilt insbesondere für die Flächenstaaten. Zwar wird seit Jahren der Vorrang offener Hilfen proklamiert und im § 13 Abs. 1 SGB XII ein Vorrang für ambulante Leistungen festgeschrieben, allerdings kommen in der Praxis die Leistungserbringer und Kostenträger viel zu zaghafte verbindlichen Vereinbarungen über den Aufbau und die Regelfinanzierung der Dienstleistungsangebote.

Fünftens: Das Dilemma der Frühförderung auflösen!

Am schlimmsten wirkt sich die Zersplitterung des Hilfesystems ausgerechnet bei Säuglingen und Kleinkindern aus. Gerade bei den jüngsten Menschen mit Behinderungen kann die rechtzeitige und koordinierte Erbringung pädagogischer, heilpädagogischer und medizinisch-therapeutischer Leistungen enorme Wirkungen entfalten, die für das gesamte weitere Leben entscheidend sind. Umgekehrt bedeuten ausbleibende und unkoordinierte Förderleistungen einen Entwicklungsnachteil, der nie wieder ausgeglichen werden kann. Heute besuchen knapp 5 % eines Jahrgangs in Deutschland eine Sonderschule. Diese Schülerzahlen weisen ebenso eine steigende Tendenz auf wie die Zugänge von jungen Menschen in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (WfbM). Gäbe es seit 20 Jahren eine ausreichende Frühförderung, wären heute wesentlich mehr Menschen außerhalb der WfbM tätig. Doch viele derselben – insbesondere kommunalen - Sozialhilfeträger, die heute über die dramatisch anwachsenden Kosten für Werkstattplätze klagen, verweigern aus Kostengründen bis heute den 0 bis 3-jährigen Kindern sogar die Förderleistungen, auf die ein gesetzlicher Anspruch besteht! Diese systematische Zerstörung von Lebenschancen ist ein fortwährender Skandal, den es seit Verabschiedung des SGB IX und der Frühförderverordnung des Bundes gar nicht mehr geben dürfte.

Kern des Problems ist die Tatsache, dass auch die Frühförderung eine so genannte Komplexleistung darstellt, die von der Jugendhilfe und der Krankenkasse gemeinsam finanziert werden muss. Die jeweiligen Kostenträger, d.h. die Kommunen und die Krankenkassen, haben jedoch Angst, für Leistungen aufkommen zu müssen, die sie nicht steuern können. Eigentlich hatte der Bund mit der in den §§ 30 und 56 SGB IX geregelten Einführung so genannter „*Leistungsträgerübergreifenden Komplexleistungen*“ die gesetzlichen Krankenkassen und die Träger der Sozialhilfe dazu verpflichtet, sich über die Organisation und Finanzierung der Frühförderung zu einigen. Die interdisziplinären Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren sollten in die Lage versetzt werden, auf der Grundlange eines Förder- und Behandlungsplans sowohl ärztliche und medizinisch-therapeutische als auch heilpädagogische Leistungen anzubieten und so zu koordinieren, dass jedes Kind ganzheitlich gefördert werden kann.

Trotz dieser gesetzlichen Verpflichtung und einer nachfolgenden Rechtsverordnung (Frühförderverordnung) ist es bis heute nur in relativ wenigen Frühförderstellen gelungen, ein verlässliches System der Erbringung dieser Komplexleistung aufzubauen. Bislang wird von zu wenigen Bundesländern (Vorreiter: NRW, Bayern) von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, eine einheitliche Erbringung der Komplexleistung zu sichern. Nach wie vor setzen viele Sozialhilfeträger vor Ort die entsprechenden Landesrahmenvereinbarungen schlichtweg nicht um. Einige kommunale Interessenorganisationen sabotieren sogar offen die Umsetzung der Frühförderverordnung. Diejenigen niedersächsischen Kreise, die sich gesetzestreu verhalten hatten und trotzdem mit ihren Einrichtungen und den Krankenkassen verhandeln wollten, wurden dort vom Landkreistag zur „Solidarität“ ermahnt. Bündnis 90/Die Grünen meinen, dass angesichts der erheblichen gesundheits- und sozialpolitischen Bedeutung, die die Frühförderung hat, weiteres Handeln erforderlich ist.

Gesetzliche Klarstellungen erforderlich!

Der Bund muss versuchen, gemeinsam mit den Bundesländern durch klare gesetzliche Bestimmungen die Kostenaufteilung und Aufgabenverteilung zu regeln. Die abgestimmten Bestandteile der Gemeinsamen Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Rehabilitationsträger (BAR) können durch Verankerung in einem verbindlichen Rahmen aufgehen. In Ergänzung kann bei offensichtlichem Missbrauch des Ermessensspielraums die Möglichkeit einer Schadensersatzverpflichtung für den nicht leistenden Kostenträger verankert werden. Es ist allerdings zu verhindern, dass das Vorhaben einer bundesgesetzlichen Regelung von den Krankenkassen und Sozialhilfeträgern dazu genutzt wird, ihre jetzt noch laufenden

Leistungen für die Frühförderung mit Verweis auf ein kommendes Gesetz kurzerhand einzustellen. Dann ginge eine weitere Generation von Frühförderkindern verloren. Solange keine Neuregelung der Frühförderung möglich ist, stehen die Länder, Krankenkassen und Kommunen in der Pflicht, ihren Kostenstreit zulasten der Säuglinge und Kleinkinder wenigstens einzuschränken und pragmatische Lösungen für Erstattung, additive Leistungserbringung und Konfliktfälle zu entwickeln. Auch kann von den Kostenträgern mindestens erwartet werden, dass sie die Kosten für die Frühförderung genau erfassen, damit eine belastbare Kalkulationsgrundlage für den Fall einer Neuregelung vorliegt.

Sechstens: Lotsen im System – Das Case Management

Case-ManagerInnen sollen eine Lotsenfunktion wahrnehmen und als begleitende sowie beratende Instanz die Versorgung von Menschen mit Behinderungen verbessern. Denn Leistungskomplexe lassen sich nicht immer scharf trennen, es bestehen Spielräume für Interpretationen. Case-ManagerInnen unterstützen die Betroffenen bei ihrer Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts und bei der Auswahl sowie Koordination der notwendigen Hilfen. Sie können zudem als Budget-Assistenten fungieren und damit bestehende Ängste vor Überforderung bei der Wahl eines Persönlichen Budgets abbauen helfen.

Es ist jedoch nicht unerheblich, wer die Beratung und Hilfestellung vornimmt. Case-Management darf nicht zu einer neuen Instanz der Bevormundung und Entwürdigung werden. Es muss daher sowohl vom Kostenträger als auch von Angehörigen unabhängig sein. Das Case-Management sollte im Sinne eines „Peergroup-Consulting“ nach Möglichkeit von Menschen mit Behinderungen selbst wahrgenommen werden. Da die individuelle Beachtung der Lebenslagen sowie der Lebensbedürfnisse von Menschen mit Behinderungen häufig eine anspruchsvolle Antwort des Hilfesystems benötigt, muss das Case-Management professionell die betroffenen Menschen dabei unterstützen, ihre Situation analysieren und eine Bewertung der Hilfeangebote vornehmen zu können. Das Case-Management muss in dieser Hinsicht einer Aufsicht durch Dritte unterstehen.

Siebtens: Korrekte Abgrenzung von Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen der Pflegeversicherung

An der Betreuung von Menschen mit Behinderungen in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe beteiligt sich die Pflegeversicherung derzeit mit 10% des Heimentgelts, maximal jedoch 256 Euro im Monat. Im Jahr 2005 empfingen 66.389 Menschen diese Leistungen. Die Soziale Pflegeversicherung erstattet so nur ca. 230 Mio. € jährlich für Pflegeleistungen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe. Den Löwenanteil zahlen die Sozialhilfeträger. Bei stationärer Unterbringung in einer reinen Pflegeeinrichtung mit Versorgungsvertrag zahlt die Pflegekasse dagegen für jeden Bewohner je nach Pflegestufe zwischen 1.023 und 1.688 Euro. Für Sozialhilfeträger besteht ein großer Anreiz, Menschen mit Behinderungen, die auch Pflegeleistungen benötigen, in Pflegeeinrichtungen zu verlegen, obwohl behindertenpädagogische Förderangebote dort selten vorgehalten werden. Einrichtungen der Eingliederungshilfe verstehen sich demgegenüber als Einrichtungen, die vorrangig fördern und nur nach Notwendigkeit pflegen.

Sofern Menschen mit Behinderungen außerhalb eines nach dem SGB XI anerkannten Pflegeheimes Pflege benötigen, sind ihnen zumindest die Leistungen zur Verfügung zu stellen, die bei der Pflege in der eigenen Häuslichkeit bewilligt würden. Nach unseren Eckpunkten für eine Pflegereform entsprechen diese – bei vollständiger Angleichung der ambulanten und stationären Leistungssätze – in Stufe I 600 €, in Stufe II 1.000 €, in Stufe III 1.500 €. Diese unterliegen zudem einer regelmäßigen Dynamisierung. Die vorgeschlagene Maßnahme zur Gleichbehandlung von Menschen mit Behinderungen dürfte nach eigenen Schätzungen zu Mehrkosten für die Soziale Pflegeversicherung von ca. 300-350 Mio. € führen. Dies scheint uns eine durchaus vertretbare Größenordnung.

Achtens: Immobilieninteressen behindern den Strukturwandel!

Leistungserbringer der Behindertenhilfe müssen sich auf die Dienstleistungen am und mit den Menschen konzentrieren. Dort liegt ihre Kernkompetenz. Die Bewirtschaftung von Immobilien wie etwa Wohnheimen oder Häusern von Wohngruppen kann getrost solchen Unternehmen überlassen werden, die ausschließlich dieses Geschäft betreiben. Es kann nicht der Sinn von Geldern für soziale Zwecke sein, den Bau und Betrieb von Gebäuden zu fördern. In der Vergangenheit hat die Vermengung der Förderung von Immobilien und personenbezogenen Leistungen oft zu unwirtschaftlichen Ergebnissen beigetragen. Es sind Gebäude entstanden, die sich kaum für eine flexible bauliche Umgestaltung und damit nicht für eine wirtschaftliche Nachnutzung eignen. Kleine Träger verfügen oftmals nicht über die finanziellen Mittel, den notwendigen Sanierungsbedarf ihrer älteren Gebäude abzudecken. Doch nicht nur wegen der Effizienz-

steigerung ist es sinnvoll, die Bewirtschaftung der Liegenschaften von den Dienstleistungen am Menschen vollständig zu trennen.

Das schlichte Interesse am Immobilieneigentum verzögert bereits den notwendigen Strukturwandel bei der Entwicklung neuer Wohnformen. Schließlich will ein Besitzer einer Immobilie diese auch vermietet sehen. Solange Mietverhältnis und Betreuungsverhältnis gekoppelt sind, besteht für den Besitzer und Betreiber eines Heims zwangsläufig ein starker Anreiz, mit Hilfe der Abhängigkeit der Bewohner vom Betreuungsverhältnis gleichzeitig das Mietverhältnis zu stabilisieren. Werden die Vertragsverhältnisse jedoch strikt getrennt und hat im Idealfall der Besitzer eines Heims auch indirekt nichts mit den dort erbrachten Dienstleistungen am Menschen zu tun, dürfte es wesentlich einfacher sein, die Wohnform zu wechseln. Für den Menschen mit Behinderung ergäben sich unmittelbar Vorteile: mit der Kündigung des Mietvertrages wäre keine Kündigung der Betreuungsleistungen verbunden, die am neuen Ort weiterlaufen könnten.

Um die personenbezogenen Leistungen und die reinen Wohnkosten zu trennen, müssten die Liegenschaften der Leistungserbringer in eine wirtschaftlich getrennte Einheit überführt werden und völlig separate Vertragsverhandlungen geführt werden. So lassen sich auch echte Mietkosten besser abbilden. Bündnis 90/Die Grünen wollen die wirtschaftliche Abtrennung von Immobilieninteressen und Leistungserbringung auf dem Weg der freiwilligen Vereinbarung erzielen. Ist dies nicht erreichbar, ist zu prüfen, ob bei einem fortbestehenden wirtschaftlichen Verbund von Leistungserbringung am Menschen und Immobilienbewirtschaftung eine Versagung der Zulassung als Leistungserbringer möglich ist.

4. Anmerkungen zu den Finanzwirkungen

Das von uns vorgeschlagene Maßnahmenpaket zum notwendigen Strukturwandel im Rahmen der Eingliederungshilfe hat neben dem übergeordneten Ziel - den Bedürfnissen nach Selbständigkeit und Selbstbestimmung bedarfsgerechter und effizienter nachzukommen – auch die Absicht, den Kostenanstieg der vergangenen Jahre zu dämpfen. Ambulante Wohnformen, neue Unterstützungslandschaften mit neuen Vertragsformen für die Leistungserbringer, zielgenaue Hilfeplanverfahren sowie die Verbesserung der Frühförderung entlasten die kommunalen Haushalte.

Um Anreizpunkte für eine ambulante Versorgung zu setzen, ist ein Verzicht der Anrechnung von Einkommen und Vermögen bei ambulanten Leistungen als auch ein wesentlich stärker nachgefragtes Persönliches Budget ein integraler Bestandteil unseres Konzeptes. Dadurch entstehende Mehrkosten werden voraussichtlich durch Einsparungen auf Grund einer vermehrten Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsformen mehr als ausgeglichen.

Das Teilhabegeld wird in Zukunft als einheitliche Leistung vom Bund erbracht. Die bestehenden Nachteilsausgleiche belaufen sich derzeit auf rund zwei Mrd. Euro, die sich auf unterschiedliche Ebenen verteilen (Bund: ca. 640 Mio. Euro, Länder: ca. eine Mrd. Euro, Gemeinden: ca. 160 Millionen Euro, GEZ: ca. 150 Mio. Euro). Diese finanziellen Leistungen gehen in dem neuen Teilhabegeld auf. Ziel der Bundestagsfraktion ist es, bei der Einführung des Teilhabegeldes Kostenneutralität auf allen staatlichen Ebenen zu gewährleisten. Die genaue Lastenverteilung wäre im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens im Rahmen einer Gesamtschau der Be- und Entlastungswirkungen festzulegen.

Um in Zukunft ausreichenden barrierefreien Wohnraum anbieten zu können, soll die Soziale Wohnraumförderung in Zukunft verstärkt die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung in den Fokus nehmen. Derzeit zahlt der Bund den Ländern dafür bis 2013 jährlich einen pauschalen Betrag von 518,2 Mio. Euro. Länder, Gemeinden und Gemeindeverbände setzen gemeinsam die entsprechenden Maßnahmen um.

Eine über die vorgeschlagenen Schritte hinausgehende Kostenbeteiligung des Bundes könnte nach Auffassung der Grünen Bundestagsfraktion nur in Betracht gezogen werden, wenn trotz des eingeleiteten Strukturwandels die erwarteten Effizienzgewinne nicht zur Kostendämpfung führen – etwa aufgrund eines unerwartet hohen Wachstums der Zahl der Menschen mit Unterstützungsbedarf.