

**MZEB**Studie zu fördernden und  
hemmenden Faktoren

S. 12

**Verband**Mitgliederversammlung  
2018

S. 14

**CBP-Info****BTHG**Schwerpunkt zu  
Umsetzungsfragen

S. 4



**Liebe Leserinnen und Leser,** gute Leistung braucht gutes Personal. Die Anforderungen in der Erbringung von Teilhabeleistungen für Menschen mit Behinderung sind sehr hoch. Gefordert sind Sensibilität und eine gute Wahrnehmung von Menschen in ihrem Gesundheitszustand und ihrer sozialen Situation, die Fähigkeit, mit Menschen mit sehr unterschiedlichen Ausdrucksmöglichkeiten kommunizieren zu können, hoch entwickeltes Reflexionsvermögen, ethische Kompetenz, Zuverlässigkeit und Gewissenhaftigkeit, vielfältige Kenntnisse in Psychologie, Bildungsarbeit, Pflege, rechtlichen Grundlagen, zunehmend auch IT-Kenntnisse und mehr. Während der gesamten Zeit einer Mitarbeit in der Behindertenhilfe und Psychiatrie ist die Bereitschaft zum Lernen und zur Weiterentwick-

lung gefordert. Von Fachfremden kann häufig nicht annähernd nachvollzogen werden, wie hoch die personalen Anforderungen an die Mitarbeiter(innen) sind, wenn einerseits Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung als oberste Handlungsmaxime gilt, andererseits aber ein Schutz- und Versorgungsauftrag bestehen, gerade bei Personen, die in ihren Fähigkeiten schwer und mehrfach beeinträchtigt sind.

Dabei sollen und werden die fachlichen Anstrengungen, die individuellen Vorstellungen der leistungsberechtigten Personen erfüllen zu wollen, durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) weiteren Schwung erfahren. Die dadurch steigenden Anforderungen führen aber zu einem Mehrbedarf an Personal. Viele Träger von Einrichtung-

gen und Diensten der Behindertenhilfe und Psychiatrie können schon heute ein Lied davon singen, dass sie am Arbeitsmarkt nur schwer die Mitarbeiter(innen) finden, die für die Arbeit in der Behindertenhilfe und Psychiatrie gut ausgebildet sind. Mit der Intensivierung der Anwerbestrategien durch die Träger allein ist es nicht getan. Es müssen insgesamt viel mehr (junge) Menschen für die Mitarbeit in der Behindertenhilfe und Psychiatrie begeistert werden. An diesem Punkt müssen wir eindeutig feststellen, dass die Behindertenhilfe und Psychiatrie beim Kampf gegen Fachkräftemangel ständig übergangen wird. Die Bundesregierung reagiert mit der „Konzertierten Aktion Pflege“, mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz und jüngst mit einer Fachkräfteoffensive für Erzieher(innen), die das Bundesfamilienministerium gestartet hat, auf den Personalmangel in diesen sozialen Bereichen. Dass auch in der Behindertenhilfe und Psychiatrie massiver Personalmangel herrscht, wird nicht thematisiert, die Misere wird nicht angepackt. Sie wird sogar verschärft, da finanzielle Anreize gesetzt werden, andere soziale Berufe zu ergreifen. Die Bundesregierung muss gegensteuern: Unter anderem ist die Förderung der Weiterbildung gefordert. Der Einsatz von Mitarbeiter(inne)n aus anderen Kulturen zum Beispiel erfordert hohe Bildungsinvestitionen der Träger, die diese nicht selbst stemmen können.

Der CBP hat sich wiederholt mit Stellungnahmen zu Wort gemeldet: Die Stärkung der Pflege und jetzt der Erzieherausbildung, so notwendig und richtig diese sind, geht aller Voraussicht nach mit einer Schwächung der Heilerziehungspflege als Kernberuf der Behindertenhilfe einher. Es braucht eine bundesweite Strategie zur Stärkung der Heilerziehungspflege, unabhängig davon, wie dieser Beruf in Zukunft heißen wird (vgl. CBP-Info 4/2018, S. 2 und 4 ff.).

Angesichts der personellen Situation aufseiten der Leistungserbringer muten die Anstrengungen der Leistungsträger, ihre Verwaltungen personell so aufzustocken, dass sie für die Umsetzung des BTHG ausreichend vorbereitet sind, fast gespenstisch an: Personenzentrierung in der Eingliederungshilfe wird nicht allein durch ein Mehr an Verwaltung erreicht. Es braucht mehr Menschen, die die Arbeit selbst tun! Die heute typischen Personalschlüssel erschweren vielfach schon jetzt jede Chance auf Individualisierung, weil sie viel zu eng ausgelegt sind. Allen muss klar sein, dass die lange geforderte Umsetzung der Personenzentrierung und die steigenden Anforderungen an die Leistungsdokumentation und andere indirekte Aufgaben nur mit mehr Mitarbeiter(inne)n zu bewältigen sind.

Die Arbeit für Menschen mit Behinderung verdient hohen Respekt. Dazu gehört auch, dass die Ausbildung in unseren Kernberufen attraktiv ist und die Rahmenbedingungen für die Arbeit in den Einrichtungen und Diensten passen, so dass ausreichend Menschen sich dieser vielseitigen und lohnenden Aufgabe stellen.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre,

Ihr  
Johannes Magin



**Johannes Magin**  
Vorsitzender des CBP  
E-Mail: [j.magin-cbp@kjf-regensburg.de](mailto:j.magin-cbp@kjf-regensburg.de)

## Recht und Politik

### Dialogprozess „Mitreden – Mitgestalten: die Zukunft der Kinder- und Jugendhilfe“

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) möchte in dieser Legislaturperiode die Weiterentwicklung des SGB VIII mit einem „Dialogprozess“ vorbereiten. In diesen Prozess sollen Erfahrungen von Beteiligten und Praktiker(inne)n der

Kinder- und Jugendhilfe, der Eingliederungshilfe und der Familiengerichtbarkeit einfließen – ebenso von Menschen, die diese Angebote in Anspruch genommen haben. Am

6. November 2018 fand eine Auftaktveranstaltung zu diesem Dialogprozess im Beisein von Bundesfamilienministerin Franziska Giffey in Berlin statt.

Aus Sicht des CBP ist erfreulich, dass Janina Bessenich, stellvertretende Geschäftsführerin und Justiziarin des CBP, in die engere Expert(inn)engruppe berufen wurde, die den weiteren Dialog- und Reformprozess inhaltlich bearbeitet. Auf folgende Themen wird sich gemäß Ministerium der weitere Prozess fokussieren:

- ◆ besserer Kinderschutz und mehr Kooperation,
- ◆ wirksames Hilfesystem/weniger Schnittstellen/mehr Inklusion,
- ◆ Fremdunterbringung: Kindesinteressen wahren – Eltern unterstützen – Familien stärken,
- ◆ Prävention im Sozialraum.

**Kerstin Tote**

CBP-Geschäftsstelle

Kontakt: [kerstin.tote@caritas.de](mailto:kerstin.tote@caritas.de)



## Neue Empfehlungen zur BTHG-Umsetzung

Überraschend wurden am 18. Oktober 2018 neue Empfehlungen zu der im Bundesteilhabegesetz (BTHG) festgelegten „Trennung der Leistungen“, der bislang größten Zäsur und Veränderung im Recht der Eingliederungshilfe, verabschiedet.<sup>1</sup> Die Empfehlungen wurden von den Mitgliedern der BTHG-Länder-Bund-Arbeitsgruppe auf den Weg gebracht, in der folgende Institutionen Mitglied sind: die obersten Landessozialbehörden, das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Deutsche Landkreistag und der Deutsche Städtetag. Leider waren die Empfehlungen nicht mit dem Deutschen Behindertenrat, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und den Fachverbänden beraten worden.

Bild CBP/NBF



BTHG – um die Qualität seiner Umsetzung wird weiter gerungen.

Mit den Empfehlungen wird eine weitere Interpretation zu Fragen des BTHG vorgelegt. Es ist die dritte zum Thema „Trennung der Leistungen“. Daran zeigt sich, dass das Gesetz an wichtigen Stellen unscharf ist. Das trägt leider zur Verunsicherung bei und wird vom CBP kritisch gesehen.

In den Empfehlungen wird vorrangig über die Themen der Kosten des Unterhalts und der den Leistungsberechtigten gegebenenfalls zustehenden Barmittel reflektiert. Die Annahmen, die dort gestellt werden, sieht der CBP in Teilen mit großer Skepsis und Sorge:

1. Die Bezugnahme auf § 123 Abs. 4 SGB IX in den Empfehlungen ist im Kontext der „Barmittel“, die dem einzelnen Menschen zur Verfügungen stehen sollen, irreführend. Denn § 123 Abs. 4 SGB IX bezieht sich nicht auf die Gesamtplankonferenz, sondern auf die vertraglich vereinbarte Verpflichtung zur „Aufnahme“ von Leistungsberechtigten und zur Erbringung von Eingliederungshilfe unter Beachtung des Gesamtplans. Diese berührt aber gerade nicht die „Barmittel“, die sich nach der Trennung der Leistungen ausschließlich aus der Grundsicherung ergeben müssen und nicht aus den Leistungen der Eingliederungshilfe.

Die Regelung zum Barbetrag fehlt bei Existenzsicherungsleistungen, wie zum Beispiel der Grundsicherung. Auch wenn das von vielen Verbänden im BTHG-Entstehungsprozess immer wieder angemahnt worden war, hat der Gesetzgeber am Ende auf eine Normierung des Barbetrags im Grundsicherungsrecht verzichtet, unter anderem, weil Personen bei ambulanter Betreuung ebenfalls Grundsicherung erhalten und keinen Anspruch auf einen Barbetrag haben. Damit gilt, dass im Rahmen der privatrechtlichen Vertragsautonomie Leistungserbringer und Leistungsberechtigte selbstverantwortlich vereinbaren müssen, wofür der Regelbedarf einschließlich der „Barmittel“ verwendet wird.

2. Schlichtweg falsch ist die folgende Aussage: „Die Einrichtungen können den Leistungsberechtigten bis zu 262,- € für von ihnen zu erbringende regelbedarfsrelevante Lebensunterhaltsbedarfe in Rechnung stellen.“ Die Regelungen dazu können nicht in diesem Kontext erfolgen, sondern werden in zivilrechtlichen Verträgen getroffen, zu denen §§ 117 ff., 123 ff. SGB IX nichts aussagen können. Falsch sind auch Annahmen, wie „nach Ansicht der obersten Landessozialbehörden“ die Höhe des Barbetrags ausfallen wird. Das sind Einschätzungen aus Leistungsträgerperspektive, die aus Sicht der Praxis regional schon jetzt erheblich abweichen. Es gab beispielsweise Änderungen im SGB V (Wegfall der Härtefallregelungen für Zuzahlungen, nicht verschreibungspflichtige Medikamente etc.), die die Grundlagen deutlich verändert haben. Zudem sind abweichende Regelbedarfe zu berücksichtigen. Diese liegen zum Beispiel bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen vor.

3. Interessant und begrüßenswert ist eine Festlegung in der Fußnote 3: „In der Gesamtplankonferenz wird zunächst bei der Beratung über die Leistungserbringung unter Beteiligung der jeweiligen Leistungserbringer auch über den Anteil des Regelsatzes beraten, der den Leistungsberechtigten als Barmittel verbleibt.“ Damit relativiert sich eine bisher von den Akteuren der Länder-Bund-AG immer behauptete Grundlage, nämlich die nicht vorgesehene unmittelbare Beteiligung der Leistungserbringer im Gesamtplanverfahren. Die jetzt in der Fußnote getroffene Empfehlung wird vom CBP sehr begrüßt und sollte bei Gesamtplanverfahren vor Ort zitiert werden. Sie bestätigt die Rechtsauffassung des CBP, nach der sich die Beteiligung der Leistungserbringer am Gesamtplanverfahren bereits aus Teil 1 des SGB IX herleiten lässt (siehe hierzu auch das Rechtsgutachten von Harry Fuchs auf der Website des CBP unter [www.cbp.caritas.de](http://www.cbp.caritas.de)).

**Dr. Thorsten Hinz**

Geschäftsführer CBP

Kontakt: [thorsten.hinz@caritas.de](mailto:thorsten.hinz@caritas.de)

### Anmerkung

1. LÄNDER-BUND-ARBEITSGRUPPE ZUR UMSETZUNG DES BTHG: Empfehlungen für die Trennung der Lebensunterhaltsleistungen von den Fachleistungen der Eingliederungshilfe in bisherigen Einrichtungen der Behindertenhilfe außerhalb der Unterkunftskosten ab dem Jahr 2020. Ohne Ort, 18.10.2018.

Download: <https://bit.ly/2Rx15T>

## Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen

Am 6. November 2018 fand die Auftaktveranstaltung „Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen – Standortbestimmung und Auftakt zum Dialog“ des Bundesministeriums für Gesundheit in Berlin statt. Vertreter(innen) von Verbänden sowie weitere Expert(inn)en sind jetzt dazu eingeladen, sich im weiteren Prozess zu beteiligen. Eine noch zu benennende Expert(inn)enkommission soll eine Standortbestimmung vornehmen, sich über Entwicklungsbedarfe verständigen und Handlungsempfehlungen für eine personenzentrierte Versorgung formulieren. Geplant sind bislang vier Veranstaltungen mit folgenden Schwerpunkten:

- ◆ Versorgungsbereiche ambulante und stationäre Versorgung und medizinische Rehabilitation,
- ◆ Selbstbestimmung, Partizipation, Zwangsbehandlung,
- ◆ personenzentrierte Versorgung, Vernetzung und Kooperation,
- ◆ kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung.

kt

## Situation von Frauen mit Behinderung

Das Europäische Parlament nahm im November 2018 eine umfassende Entschließung zur Situation von Frauen mit Behinderung an. Dieser Personenkreis erlebt nicht selten aufgrund von Geschlecht und Behinderung eine doppelte Diskriminierung. Daher fordert das Europäische Parlament die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, die Perspektive von Frauen und Mädchen mit einer Behinderung in ihrer Strategie, ihren Maßnahmen und ihren Programmen für Menschen mit Behinderung mit einzubeziehen.

Neben diesen allgemeinen Empfehlungen geht es in der Entschließung um die Rechte der Frauen mit Behinderung, um Barrierefreiheit, hochwertige Beschäftigung und um eine angemessene Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben, um Bildung und Gesundheit, um geschlechtsspezifische Gewalt, um Gesetzgebung und Umsetzung sowie um digitale und mediale Inklusion. Die unter diesem Punkt zusammengefassten Forderungen sind nahezu allgemeingültig für alle Menschen mit Behinderung: Überwindung von Stereotypen und Vorurteilen, Erhöhung der Sichtbarkeit in den Medien, Verbesserung der Barrierefreiheit der Mediendienste. Der CBP begrüßt diese Entschließung – wie sie sich für Deutschland auswirken wird, ist noch offen. kt

## Schwerpunkt BTHG

### Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in stationären Einrichtungen

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) wird auch für Kinder und Jugendliche mit Behinderung Auswirkungen haben, die jedoch zu wenig diskutiert werden. Einiges wird sich durch das BTHG nicht ändern. Die Leistungserbringer müssen beispielsweise nicht von der gewohnten Entgeltsystematik Abschied nehmen und können weiterhin mit Investitionsbetrag, Grundpauschale und Maßnahmenpauschale abrechnen. Die Leistungsberechtigten – oder ihre Eltern und gesetzlichen Betreuer(innen) – müssen nicht getrennt die Teilhabeleistungen nach SGB IX und die existenzsichernden Leistungen für die Kosten der Unterkunft und den Regelsatz nach SGB XII beantragen.<sup>1</sup> Auch der Begriff der „stationären Einrichtung“ bleibt erhalten.<sup>2</sup> Aber vieles ändert sich doch.

#### Was bleibt?

- ◆ das Abrechnungsschema
- ◆ existenzsichernde Leistungen und Teilhabeleistungen bleiben eins
- ◆ der Heimvertrag bleibt im Wesentlichen der gleiche

#### Was verändert sich?

- ◆ die Ausrichtung auf den Bedarf des Klienten statt auf das Angebot der Institution
- ◆ viele Leistungsgrundlagen
- ◆ der Leistungsumfang
- ◆ die Bedarfserhebung
- ◆ der neue Teilhabeplan
- ◆ der Inhalt des Gesamtplans

## Die Individualität der Ansprüche

Bisher bot die Eingliederungshilfe den Rahmen. Die Leistungserbringer füllten ihn mit ihren Angeboten aus und die Leistungsberechtigten hatten die Wahl, aus den Angeboten das Passende zu wählen. Ab 2020 gilt der individuelle, personenzentrierte Ansatz auch für Kinder und Jugendliche mit Behinderung. Gerade hier ist er am wichtigsten: Zur allgemeinen Unterschiedlichkeit kommen noch die altersbedingte individuelle Entwicklung, das Wachstum, der Bewegungsdrang und die Krisen und Nöte des Erwachsenwerdens hinzu.

## Besondere Leistungen für Kinder und Jugendliche aus dem SGB IX

- ◆ Beratung der Sorgeberechtigten (§§ 32 f. SGB IX),
- ◆ Früherkennung und Frühförderung (§ 46 SGB IX),
- ◆ heilpädagogische Leistungen (§ 79 SGB IX),
- ◆ abgemilderte Kostenbeteiligung (§ 142 SGB IX),
- ◆ Leistungen zur Teilhabe an Bildung insbesondere im Rahmen der Schulpflicht.

Bild DCV/KNA



Eine Frau mit Behinderung an ihrem Arbeitsplatz in einer Druckerei.

## Spezifische Aspekte in allgemeinen Leistungen des SGB IX nach Leistungsgruppen

### a) Zusammenwirken der Leistungsgruppen

Als Begründung für die Zusammenfassung der Regelungen zu Teilhabe und Rehabilitation in einem neuen Leistungsgesetz wird die Bandbreite der Leistungen angeführt, die notwendig ist, weil durch eine komplexe Behinderung bei ein und derselben Person Bedarfe ganz unterschiedlicher Art bestehen.<sup>3</sup> Das gilt gerade für Kinder und Jugendliche.

### § 102

#### Leistungen der Eingliederungshilfe

(1) Die Leistungen der Eingliederungshilfe umfassen:

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
3. Leistungen zur Teilhabe an Bildung und
4. Leistungen zur sozialen Teilhabe.

Spannend wird es, wenn in ein und demselben Hilfsmittel spezielle Erfordernisse verschiedener Leistungsgruppen stecken. Wenn die Leistungsträger nicht zum Vorteil der anspruchsberechtigten Person zusammenarbeiten, wird es hier statt zur kombinierten Hilfe zum Hilfekollaps kommen. Nur durch eine funktionierende und vorausschauende Teilhabeplankonferenz werden Hilfsmittel in angemessener Weise berücksichtigt werden.

### b) Spezifische Aspekte zu einzelnen Leistungsgruppen

Die Zahl besonderer Aspekte in Bezug auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in einzelnen Leistungsgruppen ist unbegrenzt. Deshalb hier nur ein paar Beispiele:

- ◆ Leistungsgruppe 1: Medizinische Rehabilitation (§ 109)  
Diese Leistungen, die normalerweise die Krankenkasse bezahlen muss (§ 42, 2; Behandlung, Medikamente, Heilmittel, Hilfsmittel usw.) werden ergänzt durch Leistungen, die, allgemein gesprochen, das Zurechtkommen mit den Einschränkungen ermöglichen sollen (§ 42, 3). Das spielt bei Kindern und Jugendlichen eine zentrale Rolle. Denn das schafft Spielraum für zusätzliche Leistungen und notwendige Förderungen.
- ◆ Leistungsgruppe 2 beschreibt die Teilhabe an Arbeit.  
Darauf soll hier nicht näher eingegangen werden.
- ◆ Leistungsgruppe 3: Teilhabe an Bildung (§ 112)  
Dieser im SGB IX neu eingeführte Teilhabebereich ist gerade für junge und insbesondere für schulpflichtige Personen von Bedeutung. Die Zugehörigkeit von Bedarfen zur Bildungsteilhabe wird dabei stark auf den Bildungsauftrag der Schule ausgerichtet. Vom

Schulweg über Unterstützung im Unterrichtsablauf und im Lernstoff bis zur Schulfreizeit gehört alles dazu.

Interessante Teilhabe-Aspekte für Kinder und Jugendliche (§ 112 Abs. 1):

- a. Schulische Ganztagsangebote (neu)  
Beispiel: Begleitung zum erweiterten Angebot der Schule
- b. Heilpädagogische und sonstige Maßnahmen, falls diese den Schulbesuch ermöglichen oder erleichtern  
Beispiel: Bei schweren Autismusspektrum-Störungen kann Schulbegleitung durch eine Heilpädagogik-Fachkraft notwendig sein.
- c. Wiederholung von Leistungen bei behinderungsbedingter Notwendigkeit  
Beispiel: erneuter Begleitkurs nach längerem Krankenhausaufenthalt
- d. Hilfsmittel für den speziellen Teilhabebereich Bildung, einschließlich
  - i. Unterweisung im Gebrauch  
Beispiel: Rollstuhlnutzung, Mobilitätstraining
  - ii. Notwendige Instandhaltung oder Änderung  
Beispiel: Anpassung optischer Hilfsmittel für das Verfolgen der Tafelanschriften
  - iii. Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, wenn
    1. durch die körperliche Entwicklung notwendig  
Beispiel: neue Sitzschale, neue Orthesen bei Wachstum
    2. aus anderen Gründen nicht mehr geeignet  
Beispiel: Elektrorollstuhl nach Handrollstuhl bei degenerativer Erkrankung
    3. aus anderen Gründen unbrauchbar geworden  
Beispiel: elektronische Bauteile nach Defekt durch Hinunterfallen

Die letzten drei Punkte bedeuten: Wiederbeschaffungszeiträume zum Beispiel der Krankenkassen sind nicht stichhaltig, gegebenenfalls übernimmt der Leistungsträger der Teilhabe an Bildung die Wiederbeschaffung.

- ◆ Leistungsgruppe 4: Soziale Teilhabe (§ 113 ff. SGB IX)  
Im 9-Punkte-Katalog des § 113 sei besonders auf die Punkte 5 bis 8 hingewiesen:

### § 113

#### Soziale Teilhabe

5. Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten,
6. Leistungen zur Förderung der Verständigung,
7. Leistungen zur Mobilität,
8. Hilfsmittel.

Diese Leistungen sind für Kinder und Jugendliche besonders relevant, da die ganze Breite lebenspraktischer Fertigkeiten, der Umgang mit der eigenen Person, der Behinderung und mit anderen Personen, wahrgenommen, verarbeitet, erprobt und eingeübt werden muss.

Die oben genannten Punkte sind ein Ausschnitt aus einer Liste von neun Leistungskategorien, die der Gesetzgeber besonders hervorhebt. Sie werden in den §§ 76 bis 84 und in §§ 114 bis 116 SGB IX näher erläutert. Diese Beschreibung erfolgt jedoch überwiegend im Hinblick auf Erwachsene. Die Aufzählung in § 113 SGB IX ist aber mit dem Wort „insbesondere“ klar als offen und nicht abschließend gekennzeichnet. Sind also für Kinder und Jugendliche Leistungen erforderlich, die sich in diesen Kategorien nicht wiederfinden, dann gehören sie dennoch zum Leistungsspektrum, sofern sie die Voraussetzungen gemäß § 113 Abs. 1 SGB IX erfüllen. Sie müssen „eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen oder erleichtern“ oder/und „Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum ... befähigen“.

Wenn es zur Realisierung der oben genannten Kinderrechte und in der Familie sowie bei Freizeit, Spiel und Erholung besonderer Leistungen bedarf, gehören diese wohl zumeist in diese Kategorie.

### In weiteren Normen begründete Rechte von Kindern

Nach § 8, 1 SGB IX wird auf die persönlichen Umstände Rücksicht genommen, und unter diesen ist das Alter als Kriterium genannt. Leistungen müssen also Kindern und Jugendlichen angepasst sein. Ihre Rechte sind unter anderem in der UN-Kinderrechtskonvention beschrieben.<sup>4</sup> Besonders zu nennen sind:

- ◆ Recht auf Freizeit, Spiel und Erholung,
- ◆ Recht auf Familie und elterliche Fürsorge.

Rechte auf Gleichbehandlung, Gesundheit, Bildung und Ausbildung und Betreuung bei Behinderung sind auch aus SGB IX ableitbar.

Es können weitere Leistungsansprüche aufgrund spezifischer Regelungen wie zum Beispiel Blindenhilfe und -geld bei blinden Kindern und Jugendlichen (§72 SGB XII) hinzukommen.

### Struktur für Bedarfe und Leistungen

Die Herausforderung ist, die individuellen Bedarfe mit der Beibehaltung der Entgeltsystematik in Einklang zu bringen. Das kann nur in einem offenen System mit fixen und auch offenen Bausteinen bestehen, um extreme Bedarfe abdecken zu können. Das Basiselement sollte sich an den Bestimmungen für Wohngruppen der Jugendhilfe orientieren, um die Harmonisierung mit dem SGB VIII zu erleichtern..

### Lebensbereiche

Die Bedarfsermittlung bei Kindern und Jugendlichen sollte sich nach den Lebensbereichen der ICF-Systematik richten. Bei der Zuordnung sind die Checklisten ICF-CY hilfreich.<sup>5</sup> Sie sind nach Altersgruppen geordnet.<sup>6</sup>

## Teilhabe- und Gesamtplanung

Eine detaillierte und vollständige Teilhabe- und/oder Gesamtplanung ist die Voraussetzung der realen Leistungserbringung. Das Bedarfsbemessungsinstrument muss dafür die taugliche Grundlage liefern – auch für Kinder und Jugendliche. Wichtig ist, dass die handelnden Personen über die notwendigen Informationen verfügen und diese Informationen sorgfältig verschriftlicht werden.

Es liegt auf der Hand, dass in den meisten Fällen ein Teilhabeplan gebraucht wird, um den Anspruch des BTHG auf Leistungen „wie aus einer Hand“ zu nutzen, wenn verschiedene Leistungsgruppen im Spiel sind. Wird lediglich ein Gesamtplan (für die Eingliederungshilfe) erstellt, dann bleibt der Fokus auf den Bedarfen innerhalb des stationären Umfeldes. Leistungsträger wie die Krankenkassen sind ohnehin auch auf dem direkten Weg zu Leistungen verpflichtet, allerdings wird dann nur jede Leistung isoliert betrachtet.

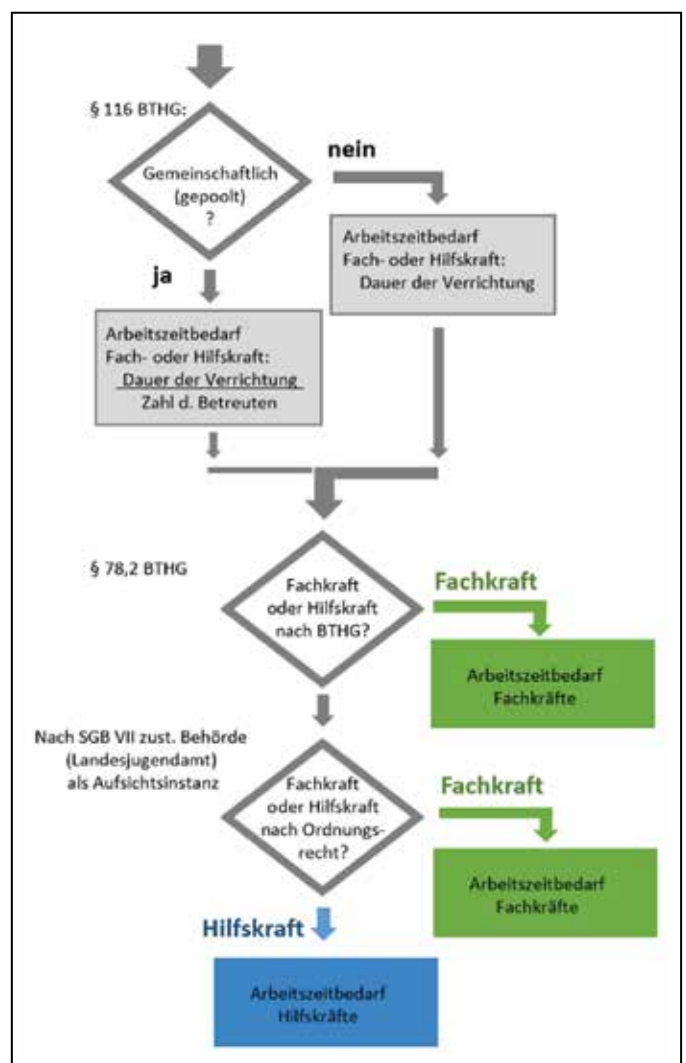


Abb. 1: Vorgehensweise bei der Personalplanung aufgrund von § 116 SGB IX und § 78 Abs. 2 SGB IX.

## Aufteilung der Leistungen

Das SGB IX sieht zwei Unterscheidungen vor, der alle Leistungen unterliegen:

- ob sie gemeinschaftlich zu erbringen sind (§ 116 SGB IX),
- ob sie von Fachkräften oder Hilfskräften zu erbringen sind (§ 78 Abs. 2 SGB IX).

Hier müssen auch ordnungsrechtliche Kriterien beachtet werden, wie sie in der Regel auf den Betriebserlaubnis-Voraussetzungen der Jugendhilfe oder den Maßgaben der Aufsichtsorgane basieren. Dadurch relativiert sich das Kriterium des § 78 Abs. 2 SGB IX wesentlich (s. Abb. 1, links).

## Vorschlag für Hilfebedarfsgruppen

Die sehr unterschiedlichen Behinderungen lösen auch sehr unterschiedliche Bedarfe aus und das Alter der Kinder und Jugendlichen hat ebenfalls Auswirkungen auf den Bedarf. Ein Entgeltssystem, das dem SGB IX gerecht werden will, sollte also viel differenzierter sein. So entstehen je nach Zahl der jeweiligen Stufen beispielsweise 36 Hilfebedarfsgruppen (s. Abb. 2, rechts).

Die oben dargestellte dreigliedrige Differenzierung der Zielgruppen nach Art der Behinderungen wurde von einer Arbeitsgruppe der baden-württembergischen Einrichtungen als pragmatischer Mittelweg vorgeschlagen. Die Altersstufen entsprechen denen, die in den oben genannten ICF-CY-Checklisten gewählt wurden.<sup>7</sup>

Um vom erhobenen Bedarf zu einer Einstufung in Hilfebedarfsgruppen zu kommen, muss darauf aufbauend ein Algorithmus festgelegt werden. Er sollte zu einem Ergebnis in Fachleistungsstunden oder Geldbeträgen führen.

Ob auf die besondere rechtliche Situation von Kindern und Jugendlichen geachtet wird, muss sich auch an einigen Nischen-schauplätzen zeigen. Etwa beim Anspruch auf Taschengeld und Kleidergeld. Der wird auch in Zukunft Teil der Vergütungslogik bei Kindern und Jugendlichen sein. Die Bausteine entfallen bei Erwachsenen zum Teil zugunsten der existenzsichernden Leistungen. Nicht so aber für Kinder und Jugendliche. Sie sind weiterhin darauf angewiesen.

Helmut Johannes Müller

Gesamtleiter der St. Jakobus Behindertenhilfe GmbH, Ravensburg

Kontakt: [helmut-mueller@st-jakobus-behindertenhilfe.de](mailto:helmut-mueller@st-jakobus-behindertenhilfe.de)

## Anmerkungen

1. KUNKEL, P.-C.: Welche Auswirkungen hat das Bundesteilhabegesetz auf die Jugendhilfe? Gültstein, März 2017, S. 16. Download: <https://bit.ly/2sc8rgd>
2. DITSCHLER, K.: BTHG – Das stationäre Wohnen 2020, Arbeitshilfe 87. Bremen, Ditschler Verlag, 2017, S. 11.
3. KUNKEL, P.-C.: a. a. O., S. 24.
4. Wikipedia: UN-Kinderrechtskonvention, <https://de.wikipedia.org/wiki/UN-Kinderrechtskonvention> (zuletzt abgerufen 28.11.2018).
5. ICF-CY = Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit,

Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen.

6. DEUTSCHE INTERDISZIPLINÄRE ARBEITSGRUPPE ZUR ICF-ADAPTION FÜR DEN KINDER- UND JUGENDBEREICH: ICF-CY Checkliste mit vierstelligen Kategorien für Kinder im Alter von 0 bis 18 Jahren, 2012, [www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-icf-sechsbiszwolf-2012.xlsx](http://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-icf-sechsbiszwolf-2012.xlsx)

7. LANDESVBAND KÖRPER- UND MEHRFACHBEHINDERTE BADEN-WÜRTTEMBERG (Hrsg.): Stationäre Kurzzeitunterbringung für Menschen mit Behinderung in Baden-Württemberg, 2008. <https://www.lv-koerperbehinderte-bw.de/pdf/Kurzzeitunterbringung.pdf> (zuletzt abgerufen 28.11.2018).

ROSENOW, R.: Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes auf die Kinder- und Jugendhilfe ab 1.1.2018. In: Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht Heft 10/2017, S. 480–486.

## Kinder/Jugendliche mit kognitivem Förderbedarf

	0–3 Jahre	3–6 Jahre	6–12 Jahre	12–18 Jahre
Intensität gering				
Intensität mittel				
Intensität hoch				

## Kinder/Jugendliche mit kognitivem Förderbedarf und herausforderndem Verhalten

	0–3 Jahre	3–6 Jahre	6–12 Jahre	12–18 Jahre
Intensität gering				
Intensität mittel				
Intensität hoch				

## Kinder/Jugendliche mit kognitivem Förderbedarf und Mehrfachbehinderung

	0–3 Jahre	3–6 Jahre	6–12 Jahre	12–18 Jahre
Intensität gering				
Intensität mittel				
Intensität hoch				

Abb. 2: Vorgeschlagene Matrix zur Bildung von 36 Hilfebedarfsgruppen aufgrund von drei Basiskriterien.

## BTHG-Auswirkungen auf Leistungen der Früherkennung und Frühförderung

Menschen mit (drohenden) Behinderungen in ihrer Selbstbestimmung und vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern (vgl. § 1 Kap. 1 Art. 1) sind zentrale Zielvorgaben des Bundesteilhabegesetzes (BTHG), die denen der UN-Behindertenrechtskonvention entsprechen. Die Rechte von Menschen mit (drohender) Behinderung wurden sowohl gegenüber Leistungs- und Rehabilitationsträgern als auch Leistungserbringern – so auch gegenüber Interdisziplinären Frühförderstellen – gestärkt. Die gesetzliche Verankerung der verbesserten Rechtsstellung erfolgte insbesondere in § 8 „Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten“, in § 9 „Vorrangige Prüfung von Leistungen zur Teilhabe“, in Angeboten zur Teilhabeberatung (vgl. §§ 12 (1) und 32 bis 34 in Teil 1 von Artikel 1 sowie in § 6a Punkt 2 Artikel 23 „Änderung der Frühförderungsverordnung“). Koordination und Kooperation der Rehabilitationsträger sowie die Konvergenz der Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen zählen zu den Kernelementen des SGB IX/BTHG.

### Das BTHG: neu und doch Kontinuitätsgarant für das System „Frühförderung“



Bild DCV/IKNA

Das BTHG berücksichtigt die hohe Bedeutung von Früherkennung und Frühförderung für die kindliche Entwicklung.

Im BTHG finden sich charakteristische Merkmale und Ansätze wieder, die ein hohes Maß an Gemeinsamkeiten mit der Tradition und Praxis der interdisziplinären Frühförderung aufweisen. Hierzu zählen die Bedeutung der frühzeitigen Bedarfserkennung (vgl. § 12), die Verwendung von Instrumenten im Sinne von systematischen Arbeitsprozessen und standardisierten Arbeitsmitteln (vgl. § 13), die umfassende Bedarfsermittlung (vgl. §§ 14 (2) und 15 (2)), die ganzheitliche Förderung der persönlichen Entwicklung (vgl. § 4 (1) Punkt 4) sowie die Erbringung der benötigten Leistungen „wie aus einer Hand“ auf der Basis eines gemeinsamen Förder- und Behandlungsplans/Teilhabeplans (vgl. §§ 19 und 25 Teil 1 Art. 1 sowie § 7 Art. 23).

Das Verständnis, dass die Komplexleistung „Frühförderung“ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und heilpädagogische Leistungen umfasst, hat auch im BTHG Bestand: „Die zur Förderung und Behandlung nach §§ 5 [Leistungen zur medizinischen Rehabilitation] und 6 [Heilpädagogische Leistungen] erforderlichen Leistungen werden von den beteiligten Rehabilitationsträgern auf der Grundlage des Förder- und Behandlungsplans zuständigkeitsübergreifend als ganzheitliche Komplexleistung erbracht“, so § 8 (1) FrühV/BTHG, um mindestens ein übergreifendes Teilhabeziel zu erreichen. Dass der Förder- und Behandlungsplan entsprechend dem Verlauf der Förderung und Behandlung spätestens nach Ablauf von zwölf Monaten angepasst werden soll (vgl. § 7 (1) FrühV/BTHG), stellt seit 2003 eine verbindliche Maßgabe für die Komplexleistung Frühförderung dar.

### Direkte Veränderungen der Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung

**1. Das offene, niedrigschwellige Beratungsangebot nach Art. 23 § 6a Punkt 2 als spezifische und zielgruppenorientierte Umsetzung einer frühzeitigen Teilhabeberatung für Erziehungsberechtigte Eltern,** die ein Entwicklungsrisiko bei ihrem Kind vermuten, haben noch vor der Einleitung der Eingangsdiagnostik die Möglichkeit, das offene, niedrigschwellige Beratungsangebot nach Art. 23 § 6a Punkt 2 als spezifische und zielgruppenorientierte Umsetzung einer frühzeitigen Teilhabeberatung zu nutzen. Darüber hinaus stärkt das BTHG den Zugang zu frühzeitigen Informationen durch weitere teilhabeorientierte Beratungsangebote im SGB IX/BTHG, insbesondere durch „Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung“ (§ 12), „Unabhängige ergänzende Teilhabeberatung“ (§ 32), „Beratungspflichten für Sorgeberechtigte“ (§ 33) und „Sicherung der Beratung für Menschen mit Behinderung“ (§ 34). Ein wichtiger Handlungsbedarf für Interdisziplinäre Frühförderstellen besteht unter anderem darin, dass sie ein offenes, niedrigschwelliges Beratungsangebot entwickeln und vorhalten, welches Sorgeberechtigten einen frühzeitigen Zugang zu teilhaberelevanten Informationen eröffnet und zugleich im sozialraumbezogenen Austausch zu anderen Teilhabeberatungen steht.

### 2. Gewährleistung einer umfassenden Bedarfsermittlung im Rahmen der interdisziplinären Früherkennung und Diagnostik

Im Säuglings-, Kleinkind- und Kindergartenalter schließt die umfassende Bedarfsermittlung die erstmalige Feststellung beziehungsweise den Ausschluss einer Behinderung mit ein. Die umfassende Bedarfsermittlung schafft die notwendigen fachlichen Grundlagen für die Bedarfsfeststellung (vgl. Art. 1 § 13 (2)). Die Interdisziplinären Frühförderstellen erfüllen hinsichtlich der Früherkennung eine anspruchsvolle Aufgabe, indem sie individuell sehr bedeutsame sowie rechtliche Leistungsansprüche auslösende Entwicklungseinschätzungen ab Geburt bis Schuleintritt in Abstimmung mit den behan-



delnden Kinderärzt(inn)en vornehmen. In der interdisziplinären Frühförderung werden Gesundheitsprobleme gemeinhin nach der aktuellen Version der International Statistical Classification of Diseases (ICD) im Zusammenwirken von Fachärzt(inn)en der Kinderheilkunde und pädagogisch-psychologischen Fachkräften der Interdisziplinären Frühförderstelle unter Einbindung der Eltern diagnostiziert. Die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs hat nach Maßgabe von § 13 (1) und § 26 (2) SGB IX/BTHG zu erfolgen. Es besteht jedoch die Notwendigkeit, auf Kinder zugeschnittene ICF-CY-orientierte Instrumente zur individuellen Bedarfsermittlung hinsichtlich der Teilhabe(-einschränkungen) im Rahmen der interdisziplinären Früherkennung und Frühförderung zu entwickeln.

### 3. Förder- und Behandlungsplan = Teilhabeplan

Der Förder- und Behandlungsplan – wie in § 7 Art. 23 BTHG ausgeführt – entspricht im Leistungsbereich der Früherkennung und Frühförderung dem Teilhabeplan nach § 19 Art. 1 BTHG. Auf der Basis einer umfassenden Ermittlung von Teilhabebedarfen im Rahmen einer interdisziplinären Früherkennung und Diagnostik werden die fachliche Notwendigkeit und der Umfang von Teilhabeleistungen in Zusammenarbeit von Kinderarzt/-ärztin und Interdisziplinärer Frühförderstelle beurteilt. Unter Einbeziehung der Erziehungsberechtigten erfolgt die gemeinsame Erstellung und Unterzeichnung eines Förder- und Behandlungsplans. Die gemeinsame interdisziplinäre Verantwortung bezieht sich auch auf die Begründungsnotwendigkeit, warum Leistungen zur Teilhabe nur in der besonderen Form der Komplexleistung erbracht werden können (vgl. § 7 (2) Art. 23 BTHG).

Die Komplexleistung „Frühförderung“ – erstmals im SGB IX (2001) beschrieben – kann gleichsam als „Prototyp“ für eine Rehabilitationsträger und Leistungsgruppen übergreifende Leistungserbringung angesehen werden. Es ist notwendig, den beispielgebenden Charakter der Komplexleistung „Frühförderung“ weiterzuentwickeln. Ein wichtiger Schritt muss darin bestehen, praxistaugliche Lösungen für die Begründungspflicht und Bewilligung von Komplexleistungen zu entwickeln und zu vereinbaren.

### 4. Durchführung von Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung

Die Regelungen in § 46 (3) Art. 1 sowie in § 5 (1) Punkt 3 und § 6 a Art. 23 BTHG ergänzen und erweitern die zukünftige Leistungserbringung. Danach erschöpft sich die Komplexleistung für Kinder mit (drohenden) Behinderungen nicht in der Addition einzelner Leistungspflichten. Ebenso können die benötigten Maßnahmen gleichzeitig, nacheinander sowie in unterschiedlicher und wechselnder Intensität durchgeführt werden.

Medizinisch-therapeutische Leistungen werden im Rahmen der Komplexleistung „Frühförderung“ auf der Basis eines Förder- und Behandlungsplans erbracht und richten sich grundsätzlich nicht nach

den Vorgaben der Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Für mobil aufsuchende Hilfen in Form von heilpädagogischen wie auch medizinisch-therapeutischen Leistungen kann es neben medizinischen auch fachliche und organisatorische Gründe geben.

Zu den in § 6 a Art. 23 BTHG präzisierten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen für heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen zählen insbesondere die Leistungen zur Sicherstellung der Interdisziplinarität („Korridorleistungen“). Durch sie sollen der Austausch der beteiligten Fachrichtungen und Institutionen sowie die fachlich-interdisziplinäre Qualität der Komplexleistung „Frühförderung“ gesichert werden. Die gesetzlichen Neuregelungen definieren weitere qualitative und organisatorische Merkmale der Komplexleistung Frühförderung, um die notwendigen Rehabilitations- und Teilhabeleistungen kind- und familienbezogen, sozialraumorientiert, ganzheitlich und interdisziplinär umzusetzen.

### 5. Abschließende Leistungen

Zu den abschließenden Leistungen zählen in erster Linie die Überprüfung der Zielerreichung, die Überprüfung und Mitteilung eines weiteren Bedarfs an Teilhabeleistungen, gegebenenfalls die Weitervermittlung nach § 7 (3) Art. 23 sowie die Unterstützung von Übergängen, einschließlich des Übergangs zur Schule (vgl. § 75 (1) u. (2) Punkt 1 Art. 1 BTHG).

### Auf Landesrecht und Landesrahmenvereinbarungen delegierte Regelungen

Die nähere Ausgestaltung der Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung wurde weitestgehend in die Verantwortung der Länder übertragen (vgl. Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 252)<sup>1</sup>. Daher werden Landesrecht und Landesrahmenvereinbarungen in hohem Maße über die Mindeststandards von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Frühförderleistungen entscheiden. Sollten Landesrahmenvereinbarungen für die Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach § 46 (4) Art. 1 bis zum 31. Juli 2019 nicht zustande kommen, fordert das BTHG die Landesregierungen auf, eine entsprechende Rechtsverordnung zu erlassen (vgl. § 46 (6) Art. 1).

Eine besondere Brisanz könnte sich dabei durch den Umstand ergeben, dass etwaige Länderverordnungen zwar Merkmale der Struktur- und Prozessqualität, nicht jedoch Entgeltvereinbarungen hinsichtlich der Komplexleistung Frühförderung regeln werden. Langwierige Streitigkeiten zu Kostenzuständigkeiten für Leistungen der Früherkennung und Frühförderung zulasten von Anspruchsberechtigten sind daher nicht auszuschließen.

Bereits § 9 (3) FrühV (2003) eröffnete den Rehabilitationsträgern die Option einer pauschalierten Aufteilung der Entgelte für die Komplexleistung „Frühförderung“. Aus dieser Kann-Bestimmung ist in § 46 (5) Art. 1 BTHG eine verbindliche Vorgabe zur Vereinbarung

einer pauschalierten Aufteilung der Entgelte für die Komplexleistung auf der Grundlage der Leistungszuständigkeit nach Spezialisierung und Leistungsprofil des Dienstes oder der Einrichtung geworden. Allerdings erlaubt es das SGB IX/BTHG den Ländern, andere als pauschalierte Abrechnungen vorzusehen (vgl. § 46 (5) Art. 1).

Der Anteil der Entgelte, der auf den für die heilpädagogischen Leistungen zuständigen Träger entfällt, darf künftig in Interdisziplinären Frühförderstellen 65 Prozent und in Sozialpädiatrischen Zentren 20 Prozent nicht überschreiten.

## Weiterentwicklung von Früherkennung und Frühförderung

Für Interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren ergeben sich aus dem BTHG weitreichende Anpassungsprozesse hinsichtlich ihrer Angebote zur Früherkennung und Frühförderung. Die Umsetzung des bio-psycho-sozialen Modells, eines neuen Behinderungsbegriffs sowie des im BTHG präzisierten Verständnisses der Komplexleistung wird das gesamte Leistungsspektrum verändern.

Die Implementierung einer ICF-CY-orientierten Arbeitsweise setzt eine sachkundige Anwendung voraus, deren Grundlagen in Fortbildungen, Schulungen sowie in einer institutionellen Weiterentwicklung der interdisziplinären Zusammenarbeit erworben werden müssen. Zudem erfordert die obligatorische Einführung eines teilhabeorientierten Bedarfsermittlungsverfahrens einen Mehraufwand, den die Interdisziplinären Frühförderstellen nicht zum Nulltarif leisten können.

Höchst bedeutsam wird die Antwort auf die Frage sein, welche Kinder im Säuglings-, Kleinkind- und Kindergartenalter während und nach der Umsetzung der vierstufigen SGB-IX-Reform des BTHG leistungsberechtigt sein werden. Im Zusammenhang mit der am 1. Januar 2018 in Kraft getretenen Änderung der Frühförderungsverordnung ergibt sich ein dringlicher Klärungsbedarf hinsichtlich des Zugangs zur Komplexleistung „Frühförderung“. Nach § 7 Abs. 2 Art. 23 ist zu begründen, warum die benötigten Leistungskomponenten in der besonderen Form der Komplexleistung nur interdisziplinär erbracht werden können.

Die interdisziplinäre Leistungserbringung in Form von medizinisch-therapeutischen und heilpädagogischen Leistungen war bereits seit Inkrafttreten des SGB IX (2001) konstituierender Bestandteil der Komplexleistung „Frühförderung“. Daraus resultiert, dass sich weitere Begründungen hinsichtlich der Notwendigkeit der Komplexleistung „Frühförderung“ erübrigen, wenn sowohl heilpädagogische als auch medizinisch-therapeutische Leistungen nötig sind, um ein übergreifendes Teilhabeziel zu erreichen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die thematisierten Anforderungen und Auswirkungen die interdisziplinäre Arbeitsweise und die Arbeitsstrukturen im Kontext der Komplexleistung Frühförderung in vielen Bereichen verändern werden. Für ein Gelingen braucht es auf der Ebene der Fachkräfte eine anhaltende Bereitschaft,

sich auf Neues einzulassen. Institutionell und systemisch betrachtet wird ein intensiver, mehrjähriger Veränderungs- und Entwicklungsprozess vonnöten sein, um die Vorgaben des BTHG im Bereich Früherkennung und Frühförderung umsetzen zu können.

**Gerhard Krinninger**

*Leiter des Caritas-Frühförderungsdienstes Passau*

*Fachbereichsleiter Frühförderung im DiCV Passau*

*Kontakt: krinninger@caritas-passau.de*

### Anmerkung

1. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809522.pdf>



Für eines der Plakatomotive der Caritas-Kampagne 2019 „Sozial braucht digital“ hat sich eine Frau mit Sehbehinderung fotografieren lassen.

## Unternehmensentwicklung in Zeiten von Bundesteilhabegesetz und Digitalisierung

Die Zeiten sind turbulent. Vielfältige Änderungen „überziehen“ die Anbieter der Leistungen von Hilfen für Menschen mit Behinderung. Nachdem die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) 2004 die Paradigmen im Hilfeschehen neu ausgerichtet hatte, stellte die auf ihr aufbauende gesellschaftliche Auseinandersetzung über Inklusion die Geschäftsmodelle der Leistungsanbieter vor neue Fragen.

### Umgestaltung des Sozialmarktes

Eine maßgebliche Änderung ist die Umgestaltung des Sozialmarktes durch den Gesetzgeber. Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) hat dieser nach eigenen Angaben einen „Paradigmenwechsel“ eingeleitet. Er hat die Rollen der Kostenträger und der Nutzer(innen) gestärkt und sich gegen eine Monopolstruktur der bisherigen Leistungsanbieter gestellt. Dies setzt er um durch die Stärkung der Nutzer- beziehungsweise Kundensouveränität, durch die Vorgabe der Orientierung der staatlichen Leistungen am Hilfebedarf der Nutzer(innen)

und durch die Vorgabe einer Personenorientierung der Leistungen, durch die Festlegung neuer Regelungen zur Finanzierung und Abrechnung der Leistungen, durch die Schaffung dezidierter Wettbewerbselemente sowie durch eine stärkere Ausdifferenzierung des Leistungsspektrums. Schon diese Vorgaben bedingen eine Neugestaltung der allermeisten Prozesse innerhalb einer Einrichtung.

Die Umstellung der Hilfebedarfsermittlung seitens der Leistungsträger auf neue Verfahren stellt viele Leistungserbringer vor große Hürden. Zudem sind die jetzt im Weiteren anstehenden Fragen der Aufspaltung des bisher umfassenden Leistungsangebotes auf die Fachleistungen der Eingliederungshilfe, auf die Leistungen für die Unterbringung und Unterkunft, für Verpflegung, für die weiteren hauswirtschaftlichen Dienstleistungen, für Freizeit, für Mobilität, für medizinische, pflegerische und weitere therapeutische Angebote vielfach zwar in Konturen angedacht, bedürfen aber sowohl neuer vertraglicher Regelungen mit den Nutzer(inne)n sowie einer bislang nicht geübten Verpreislichung. Der Umstand, dass viele Personen, die nach den bisherigen Abrechnungsverfahren diese Leistungen über den Kostensatz mitfinanzierten, diese Leistungen aber künftig nicht mehr einkaufen wollen oder nicht bezahlen können, erhöht die Risiken des Anbieters derartiger Leistungen deutlich.

## Digitalisierung als zusätzliche Variable

In diese Zeit der grundlegenden Umgestaltung des Markts der Eingliederungshilfe schwappt jetzt zusätzlich die progressiv um sich greifende Entwicklung der Digitalisierung. Zwar nutzen in den Unternehmen der Sozialwirtschaft sowohl die Beschäftigten als auch die Menschen mit Behinderung teilweise die neuen digitalen Medien. Innerhalb der Unternehmen aber fehlt derzeit zumeist eine Vorstellung davon, was die Digitalisierung für ihre Organisation und für ihre Leistungsangebote bedeuten wird und welche Entwicklung sich für das Leistungsgeschehen daraus ergeben kann. „Die Wohlfahrtspflege vor der Digitalisierung wird eine andere sein als die nach der Digitalisierung“, so Gerhard Timm, Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW).<sup>1</sup>

Die Debatte über diese Entwicklung läuft seit einigen Jahren – vorrangig auf der Ebene der Bundesverbände. Allerdings ist festzustellen, dass diese Diskussion bislang nur wenige Auswirkungen auf die Gestaltung des Leistungsgeschehens in den Einrichtungen und Diensten zeigt. Zwar sind die meisten Akteurinnen und Akteure einig darüber, dass die Träger der freien Wohlfahrtspflege auch weiterhin einen Vorsprung in Wahrnehmung und Akzeptanz gegenüber anderen Anbietern haben. Allerdings wird die Frage zu wenig berücksichtigt, ob neue Anbieter, die sich auf der Basis neuer sozialer Medien gegründet haben, in den bislang von den bisherigen Trägern dominierten Markt eindringen können und somit neue Konkurrenten entstehen. Denn denkt man die oben erwähnten Tendenzen weiter, „so münden sie fast zwangsläufig in Formen einer digitalen Dienstleistungsauswahl, bei denen sich Klient und Betreuer ihren Hilfe-Mix indivi-

duell zusammenstellen und dabei die Auswirkungen ihrer Wahl auf das verfügbare Budget online nachverfolgen können. Nächster konsequenter Schritt ist die digitale Leistungsbuchung und -stornierung sowie eine digitale Dienstleisterbewertung“.<sup>2</sup> Je mehr ambulante Angebote bestehen, desto höher wird die Relevanz dieser Handlungsstränge, und da der Gesetzgeber die bisherige besondere Berücksichtigung von stationären Leistungen aufgegeben hat, muss grundsätzlich das gesamte Leistungsangebot eines Leistungserbringers ambulant gedacht werden. Neue Leistungsanbieter werden ihre Geschäftsmodelle unabhängig von Altlasten aufbauen, sie sind „stark prozessgetrieben und leben von einer agilen, radikal kundenfokussierten Gestaltung der Abläufe im Unternehmen“<sup>3</sup>.

Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers wird sich das zukünftige Hilfebedarfsermittlungsverfahren zwischen den Betroffenen, gegebenenfalls unterstützt von einer unabhängigen Teilhabeberatung, und dem Leistungsträger bewegen. Big-Data-Anwendungen und weitere neue Methoden könnten ein umfassendes Bild von dem Menschen mit Behinderung, seinen Funktionsbeeinträchtigungen, seinen ihm zur Verfügung gestellten Dienstleistungen, deren Erfolgen und Auswirkungen erstellen. Die Daten könnten von Leistungsträgern wiederum als Grundlage für neue individuelle Teilhabepläne und -budgets eingesetzt werden. Damit würden die Rolle, Aufgabe und vor allem die Leistungsumsetzung und -dokumentation der bisherigen Leistungserbringer deutlich verändert. Die bislang geübte Mitsprache bei der Leistungsplanung wird sich deutlich auf andere Akteurinnen und Akteure verschieben.

## Mut zum Kulturwandel

„Um den Herausforderungen der Digitalisierung zu begegnen, müssen Führungskräfte den Mut zum Kulturwandel entwickeln“<sup>4</sup>. Benötigt wird eine bewusste strategische Entscheidung zur Organisationsentwicklung unter Beachtung der Digitalisierung. Das bedeutet innerhalb des Unternehmens vor allem, alle Prozesse konsequent von Kund(inn)en her (und damit gegebenenfalls neu) zu denken, ein Denken begrenzt innerhalb der Abteilungs- oder Bereichsstrukturen zu unterbinden und vor allem bewusst neue Formen der Zusammenarbeit zwischen pädagogischen, technischen, Verwaltungs- und IT-Beschäftigten herzustellen.

**Bernward Jacobs**

*Leiter der CBP-Arbeitsgruppe „Digitale und assistive Teilhabe“*

*Kontakt: jacobs2000@t-online.de*

## Anmerkungen

1. BAGFW: *Smart Welfare – Chancen und Herausforderungen für die Wohlfahrtspflege*, 2017. Download: [www.bagfw.de/fileadmin/user\\_upload/2017\\_SozialraumDigital/Doku/Timm\\_Vortrag.pdf](http://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/2017_SozialraumDigital/Doku/Timm_Vortrag.pdf)
2. KREIDENWEIS, H. (Hrsg.): *Digitaler Wandel in der Sozialwirtschaft. Grundlagen – Strategien – Praxis*. Baden-Baden, 2018, S. 17.
3. *Ebenda*, S. 22.
4. *Ebenda*, S. 82.

## MZEB: Interviewstudie zu aktuellen Herausforderungen

Mit der Etablierung von Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen (MZEBs) im Jahr 2015 wurde die gesundheitliche Versorgung für Erwachsene mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung im Rahmen der Gesetzesänderung durch das Versorgungsstärkungsgesetz ausgebaut. In §119c SGB V ist seither festgehalten, dass MZEBs zur ambulanten Behandlung ermächtigt werden können. Die Versorgung in spezialisierten Zentren war bislang meist nur minderjährigen Heranwachsenden mit Behinderung in den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) möglich und endete mit Vollendung der Volljährigkeit. Danach fehlte meist eine adäquate Anschlussversorgung, die nun mit Hilfe der MZEBs sichergestellt – und somit die bisher beklagte Versorgungslücke im Erwachsenenalter geschlossen werden soll.<sup>1</sup> Studien verdeutlichen immer wieder zahlreiche Barrieren, die in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung in der haus- und fachärztlichen sowie in der stationären Versorgung bestehen. Zu den am häufigsten benannten Hemmfaktoren gehören:<sup>2</sup>

- ◆ Mangel an Fachwissen und Erfahrung aufseiten der Leistungserbringer (unter anderem keine ausreichenden Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote) für eine zielgruppenspezifische Versorgung,
- ◆ physikalische Barrieren (Beispiel: keine verstellbare Untersuchungsliege),

- ◆ Kommunikationsprobleme (zum Beispiel zwischen Leistungserbringern/Behandelnden und Klient(inn)en),
- ◆ Zeitmangel aufseiten der Leistungserbringer.

Außer diesen Aspekten können auch politische, rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung durch Menschen mit Behinderung hemmen. Da die Etablierung der MZEBs in Deutschland noch am Anfang steht, gibt es bislang kaum Forschung zur medizinischen Versorgung im MZEB.

Drei Jahre nach Schaffung der gesetzlichen Voraussetzungen ist es nun besonders interessant, einen ersten Blick auf den Zugang zur Versorgung in MZEBs und ihre Inanspruchnahme zu werfen, um Stellschrauben zur weiteren Verbesserung aufzuzeigen. Dazu wurden insgesamt neun Interviews mit einem Team von Behandler(inne)n in MZEBs sowie einem Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB geführt.<sup>3</sup>

### Fördernde und hemmende Faktoren

In den Interviews wurden viele Faktoren berichtet, die die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung durch Menschen mit Behinderung und den Zugang zu ihr fördern oder behindern. Einige dieser Faktoren werden in diesem Beitrag vorgestellt, gegliedert in die Bereiche Politik, rechtliche Definition der Zielgruppe, Finanzierung, Expertise und Ressourcen im MZEB sowie Aus-, Fort- und Weiterbildungen.

**Politik:** Durch die Interviews kam deutlich zum Ausdruck, dass die Politik mit der Möglichkeit zur Etablierung von MZEBs die Grundlage geschaffen hat, die Versorgung Erwachsener mit geistiger oder mehrfacher Behinderung im ambulanten Bereich zu verbessern. Dies wird als förderlicher Faktor (fF) wahrgenommen, um die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung von Menschen mit Behinderung auch im Erwachsenenalter in spezialisierten Zentren zu gewährleisten. Jedoch fehlt seitens der Politik bislang eine breite Bekanntmachung dieser neuen Möglichkeit – ein hinderlicher Faktor (hF). Zur Lösung bietet sich eine internetbasierte Plattform an, die alle wichtigen Informationen gebündelt bereitstellt und so einen besseren Zugang zur Versorgung unterstützt. Dies ist auch deshalb wichtig, weil das deutsche Gesundheitssystem ohnehin recht unübersichtlich ist (hF). Zudem zeigte sich in den Interviews, dass bisher kaum eine Bedarfsklärung stattfand, wie viele MZEBs in Deutschland für eine ausreichende Versorgung notwendig seien (hF). Hier wird die Politik in der Pflicht gesehen, die Frage nach der notwendigen Versorgungsdichte zu klären.

**Definition der Zielgruppe und Zugang zum MZEB:** Die Zielgruppe, für die eine MZEB-Versorgung ermöglicht werden sollte, ist laut Interview-Aussagen bislang sehr ungenau definiert (hF). Hier sei eine Spezifizierung der rechtlichen Rahmenbedingungen notwendig, um eindeutig zu klären, welche Zielgruppen in MZEBs behandelt werden dürfen. Dabei sei gleichzeitig wichtig, dass Spielräume bestehen bleiben, um die Versorgung in MZEBs an regionale Unterschiede

Bild: DCV/Pedro Citoler



Der multiprofessionelle Ansatz ist gerade im MZEB sehr wichtig.

de hinsichtlich der Bedarfe anpassen zu können und um niemanden aus der Versorgung auszuschließen.

Zurzeit wird der Zugang zur Versorgung im MZEB durch festgelegte ICD-10-Diagnosekriterien und einen Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 70 festgelegt. Dies sehen die Befragten kritisch, da teilweise erst im MZEB die konkreten Diagnosen erhoben werden. Klient(inn)en müssten teils lange Wartezeiten in Kauf nehmen, denn die Wartelisten der MZEBs, so die Auskunft der Behandelnden, seien lang (hF).

**Finanzierung:** Die langen Wartelisten lägen unter anderem auch daran, dass die verhandelte Quartalspauschale zur Finanzierung der MZEBs bislang nicht ausreicht, um anfallende Kosten zu decken (hF). Hier bedürfe es weiterer Verhandlungen zur Höhe der Quartalspauschale. Im Moment sei es oft den Trägern der MZEBs zu verdanken, dass durch ihre Bezuschussung ein MZEB gegründet und die Versorgung finanziert werden könne (ff).

**Expertise und Ressourcen im MZEB:** Ein Vorteil der Behandlung im MZEB sind den Befragten zufolge die zeitlichen Ressourcen (ff), die im Regelsystem für die Klient(inn)en oftmals nicht zur Verfügung stünden. Die Mitarbeitenden im MZEB können die medizinische Versorgung koordinieren und dabei helfen, die individuelle Versorgung bestmöglich zu gestalten (ff). Zentral ist hier auch der multiprofessionelle Ansatz (ff). Durch diesen lässt sich ein umfassendes Angebot schaffen, das den Menschen mit Behinderung ganzheitlich betrachtet (ff). Die Versorgung im Regelsystem wird durch das MZEB dort ergänzt, wo bislang eine Lücke bestand. Nach der Behandlung wird in das Regelsystem zurücküberwiesen. Allerdings besteht der Wunsch seitens der Klient(inn)en sowie der Leistungserbringer, dass eine Dauerbehandlung im MZEB ermöglicht wird, um die Versorgung patientengerechter zu gestalten. Eine Dauerbehandlung ist zurzeit (noch) nicht möglich (hF).

**Spezifische Aus-, Fort- und Weiterbildungen:** In den Interviews hieß es, dass es bislang kaum Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote im Bereich der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung gebe (hF). Es gelte aber dringend, solche Angebote auszubauen, um Fachkräfte in diesem Bereich zu schulen, so dass das nötige Fachwissen bei den Leistungserbringern vorhanden sei und eine zielgruppenadäquate Versorgung ermöglicht werden könne. Da die multiprofessionelle Zusammenarbeit (ff) ein herauszu-stellendes Merkmal des MZEB darstellt, seien zudem multiprofessionelle Fortbildungen ratsam. Eine Verankerung der „Behindertenmedizin“ im Curriculum der Humanmedizin sowie die Etablierung eines Facharztes im Bereich der „Behindertenmedizin“ seien erforderlich.

## Nächste Schritte

Die Neuverhandlung der Quartalspauschale erweist sich als ein dringlicher Aspekt, damit in den MZEBs kostendeckend gewirtschaftet werden kann. Diesbezügliche Verhandlungen mit den Kranken-

kassen sind angesetzt. Außerdem sollte die Politik Maßnahmen zur Bekanntmachung des Versorgungsangebotes in MZEBs einführen, beispielweise indem Informationen im Internet zur Verfügung gestellt werden. Eine Überarbeitung der rechtlichen Rahmenbedingungen hinsichtlich einer eindeutigeren Definition der Zielgruppe zeigte sich als ebenso notwendig. Zudem ist kritisch zu überdenken, ob eine Zielgruppendefinition anhand streng vorgegebener ICD-10-Diagnosekriterien und einem GdB von mindestens 70 erfolgen sollte.

Insgesamt hat sich in den Interviews gezeigt, dass durch die Etablierung der MZEBs bereits ein wichtiger Schritt zur Schließung der Versorgungslücke im ambulanten Sektor vollzogen wurde. Gerade die Möglichkeit, sich in einem multiprofessionellen Team mit genügend Zeit den Klient(inn)en mit einem allumfassenden Blick zu widmen, kann als Stärke des MZEB herausgestellt werden.

Weitere Forschung im Bereich der Versorgung in MZEBs ist notwendig, um Erkenntnisse zur Versorgungssituation von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung zu erhalten und diese zielgruppenadäquat stetig zu verbessern. Dazu ist auch ein Einbeziehen der Zielgruppe als Expert(inn)en in eigener Sache in weitere Forschungsvorhaben unerlässlich.

**Prof. Dr. Katharina Rathmann**

Hochschule Fulda/Technische Universität Dortmund  
Kontakt: [katharina.rathmann@pg.hs-fulda.de](mailto:katharina.rathmann@pg.hs-fulda.de)

**Jacqueline Kostka, B.A.**

Technische Universität Dortmund  
Kontakt: [jacqueline.kostka@tu-dortmund.de](mailto:jacqueline.kostka@tu-dortmund.de)

**Sema Olukcu, B.A.**

Technische Universität Dortmund  
Kontakt: [sema.olukcu@tu-dortmund.de](mailto:sema.olukcu@tu-dortmund.de)

**Vertr.-Prof. Dr. Ute Karbach**

Technische Universität Dortmund  
Kontakt: [ute.karbach@tu-dortmund.de](mailto:ute.karbach@tu-dortmund.de)

## Anmerkungen

1. MAU, V.; GRIMMER, A.; POPPEL, G.; FELCHNER, A. ET AL.: Geistig oder mehrfach behinderte Erwachsene: Bessere Versorgung möglich. *Deutsches Ärzteblatt* (2015) 112, 47, A 1980–A 1985.
2. SCHÜLLE, M.: Barrieren der Barrierefreiheit – Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Teil 1 – Empirische Erkenntnisse, 2016. Download: <https://bit.ly/2Qz4CLM>
3. OLUKCU, S.; KOSTKA, J.; RATHMANN, K.: Zugang und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB): Eine qualitative Interviewstudie aus ExpertInnen-sicht. In: *Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* (2018) 68, 08, e38.

**Aus dem Verband**

**Mitgliederversammlung: den CBP zukunftsfähig und stark gestalten**

Am 13./14. November 2018 fand in Berlin die jährliche Mitgliederversammlung des CBP statt. Rund 150 Leitungs- und Führungskräfte aus den Mitgliedseinrichtungen und -diensten machten sich auf den Weg in die Hauptstadt, um sich auszutauschen, ihre Impulse in die Arbeit des CBP einfließen zu lassen und sich durch die Beiträge unter anderem zum BTHG und zur Fachkräftethematik zu informieren. Rolf Schmachtenberg, Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit und Soziales, sprach in seinem Vortrag ausführlich über die Anstrengungen der Bundesregierung, die Fachkräftesituation in sozialen Berufen zu verbessern.

Positiv abgestimmt wurde auf der Versammlung unter anderem über das Forderungspapier des CBP „Übergänge gestalten – zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) braucht es eine Fachkräfte-Offensive und mehr Flexibilität“, das danach an die Politik gegeben wurde. Darin fordert der CBP, auf Bundesebene eine Fachkräfte-Offensive für die Teilhabe von Menschen mit Behinderung zu etablieren sowie im BTHG Übergangsregelungen bei der Umsetzung der Trennung der Leistungen gesetzlich zu verankern. Auf Landesebene sollen BTHG-Rahmenvereinbarungen mit Öffnungs- und Revisionsklauseln versehen und die Leistungen zur Teilhabe am religiösen Leben aufgenommen werden.

**Vierfache Vergabe der höchsten CBP-Auszeichnung**

Am Abend des ersten Versammlungstages wurde das Emmaus-Relief als höchste Auszeichnung des CBP im Rahmen einer feierlichen Veranstaltung an vier Persönlichkeiten aus dem Verband und der Politik verliehen. Gabriele Lösekrug-Möller, Staatssekretärin im Bundesministerium für Arbeit und Soziales a. D., und Karl Schiewer-



Staatssekretär Rolf Schmachtenberg diskutiert mit den Teilnehmenden der Mitgliederversammlung die Bemühungen der Bundesregierung zur Fachkräftesituation.

ling, Mitglied des Deutschen Bundestages von 2005 bis 2017, wurden für ihre Verdienste zum BTHG geehrt.

Verbandsintern ging eine Auszeichnung an Hubert Soyer, Leiter von Regens Wagner Absberg, für sein Engagement im Vorstand des CBP von 2006 bis 2018 sowie für seine hohe fachliche Expertise in vielen Spezialfeldern der Behindertenhilfe. Das vierte Emmaus-Relief erhielt Winfried Weber, Vorstand St. Hildegardishaus e. V., für die Begleitung der Gründung des CBP als Zusammenschluss aus den vier Vorläuferverbänden.



Hubert Soyer erhält das Emmaus-Relief, überreicht von Johannes Magin.

Den Abschluss der Veranstaltung bildete die Podiumsdiskussion „Das

Bilder CBP



Podiumsdiskussion bei der Mitgliederversammlung: Hubert Vornholt, Irene Vorholz, Thorsten Hinz, Jürgen Dusel, Isabelle Steinhauser (v.l.n.r.).

Bundesteilhabegesetz in progress ...“. Auf der Bühne lieferten sich Irene Vorholz, Sozialbeigeordnete des Deutschen Landkreistags, und Bundesbehindertenbeauftragter Jürgen Dusel hitzige Wortgefechte zu Zuständigkeiten auf Bundes- und Landesebene bezüglich der weiteren Gestaltung des BTHG. Die Praxisperspektive vertrat auf diesem Panel Hubert Vornholt, CBP-Vorstand und Direktor des Franz-Salles-Hauses in Essen. Isabelle Steinhauser, Referatsleiterin im Ministerium für Gesundheit und Soziales in Nordrhein-Westfalen, machte die Bemühungen ihres Bundeslandes bei der Umsetzung deutlich.

Das Forderungspapier und die Dokumentation der Mitglieder- versammlung 2018 sind auf der CBP-Website abrufbar. **kt**

## Hubert Soyer übergibt an Heike Klier

Nach langjähriger Arbeit im Vorstand des CBP (von 2006 bis 2018) übergibt Hubert Soyer, Gesamtleitung Regens Wagner Absberg, seine Vorstandsaufgaben an Heike Klier, Gesamtleitung von Regens Wagner Zell. Hubert Soyer hat die Arbeit im Vorstand entscheidend geprägt und brachte seine hohe fachliche Expertise zu den Themenfeldern Schädel-Hirn-Trauma und Prader-Willi-Syndrom sowie seine persönliche, verbindliche Art an verschiedenen Stellen im Verband ein. Der Vorstand bedauert sein Ausscheiden und dankt ihm für die vertrauensvolle Unterstützung in den letzten Jahren.

**Heike Klier** ist im Verband bereits als Mitglied des Fachbeirats Hilfen für Menschen mit Sinnesbehinderungen aktiv gewesen. Aus dieser Position heraus übernimmt sie nun ihre neue Aufgabe als Vorstandsmitglied. Der Vorstand freut sich auf neue Impulse und eine gute Zusammenarbeit. **kt**



## Beirat der Angehörigen im CBP gewählt

Im November 2018 wurde der Beirat der Angehörigen im CBP neu gewählt. Im Amt bestätigt wurden:

- ◆ Gerold Abrahamczik, Andreaswerk, Vechta (Sprecher),
- ◆ Bernhard Hellner, ctm Caritas Wohn- und Förderstätte Julius von Pflug, Teuchern (stellv. Sprecher des Beirats), und
- ◆ Klemens Kienz, Caritasverband Brilon.

Neu gewählt wurden:

- ◆ Wolfgang Helms, Caritas-Werkstatt Nordkirchen (Schriftführer),
- ◆ Anni Rehmann, Caritas Emsdetten-Greven,
- ◆ Josefa Schalk, Barmherzige Brüder gem. Behindertenhilfe GmbH, Regensburg,
- ◆ Armin Schwarz, Stiftung St. Franziskus, Heiligenbronn.

Der Vorstand des CBP dankt den (vorherigen) Beiratsmitgliedern für die geleistete Aufbauarbeit in den vergangenen vier Jahren und wünscht dem Beirat auch in der neuen Zusammensetzung eine gute und erfolgreiche Zusammenarbeit.



Bild CBP

Die Mitglieder des Angehörigenbeirats (von links): Klemens Kienz, Bernhard Hellner, Gerold Abrahamczik, Wolfgang Helms, Anni Rehmann, Josefa Schalk, Armin Schwarz.

Der Angehörigenbeirat im CBP ist ein von den Angehörigen in den Caritas-Einrichtungen der Behindertenhilfe und Psychiatrie gewähltes Gremium. Er soll die Vorstellungen und Wünsche der Menschen mit Behinderung, die sich selbst nur stark eingeschränkt vertreten können, und der Angehörigen in die verbandliche Arbeit auf Bundesebene einbringen. **kt**

## Neue Mitarbeiterinnen in der Geschäftsstelle

Seit 1. Januar 2019 verstärken zwei neue Mitarbeiterinnen die CBP-Geschäftsstelle. **Tatjana Sorge** war zuvor in der Stabsstelle Sozialrecht beim Diözesan-Caritasverband Augsburg tätig. Mit 50 Prozent Stellenanteil wird sie in den Bereichen Sozial- und Vertragsrecht und angrenzenden Rechtsthemen die CBP-Mitglieder unterstützen. Tatjana Sorge entwirft derzeit einen Mustervertrag zum Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG), der aufgrund der gesetzlichen Regelungen des Bundesteilhabegesetzes eine wichtige Grundlage für die Einrichtungen und Dienste sein wird. Sie erreichen Frau Sorge per E-Mail: tatjana.sorge@caritas.de und Tel. 0 30/28 44 47-8 25.



**Judith Kuhne** arbeitete zuletzt als Projektreferentin bei VDI/VDE-Innovation + Technik, wo sie im Bereich Bildung und Wissenschaft zum Thema „Wissenschaftlicher Nachwuchs“ (Tenure-Track-Programm) tätig war. Frau Kuhne, die eine 80-Prozent-Referent(inn)enstelle ausfüllt, wird sich in der Lobby-, Fach- und Gremienarbeit des CBP engagieren. Erste Schwerpunkte sind die Ausschreibung eines CBP-Preises für innovative Ansätze der Digitalisierung in Behindertenhilfe und Psychiatrie und das Thema Fachkräfteentwicklung. Sie erreichen Frau Kuhne per E-Mail: judith.kuhne@caritas.de und Tel. 0 30/28 44 47-8 27.



**Meldungen**

**„Inklusiv – digital“: Inklusionstage 2018**

Rund 500 Gäste kamen am 19. und 20. November 2018 unter der Überschrift „Inklusiv – digital“ in Berlin zu den Inklusionstagen 2018 zusammen. Vertreter(innen) aus Sozial-, Wohlfahrts- und Behindertenverbänden, Wissenschaft, Unternehmen, den Ländern und Bundesressorts sowie viele Menschen mit Behinderung tauschten sich an den beiden Tagen zu den Chancen und Risiken der Digitalisierung aus.

Besonderes Highlight war die Rede von Hubertus Heil, Bundesminister für Arbeit und Soziales. Er versprach die Nutzung des digitalen Fortschritts, um weitere Teilhabechancen für Menschen mit Behinderung zu erreichen. Auch der Vortrag von Klaus Miesenberger, stellvertretendem Vorstand des Instituts Integriert Studieren an der Johannes-Kepler-Universität in Linz, blieb nachdrücklich im Gedächtnis: Er zeigte die möglichen Entwicklungen der Digitalisierung und die damit verbundenen Veränderungen in der Gesellschaft.

Einen Großteil der Veranstaltungen nahmen interaktive Workshops und Foren ein, in denen unter anderem über digitale Dienstleistungen, Digitalisierung in Bildung und Arbeit, Datenschutz und Persönlichkeitsrechte, digitale Partizipation und Barrierefreiheit im Rahmen der Digitalisierung diskutiert wurde. Ein Forum gestaltete Thorsten Hinz, Geschäftsführer des CBP, mit dem Thema „Digitalisierung und Teilhabeforschung“ für das Aktionsbündnis Teilhabeforschung. Unter anderem ging es dabei um die Fragen, warum Teilhabeforschung notwendig ist und welchen Themen sie sich in den nächsten Jahren stellen wird.

Die Präsentationen der guten Beispiele sind auf der Website [www.gemeinsam-einfach-machen.de](http://www.gemeinsam-einfach-machen.de) zu finden und geben Anregungen für eigene Projekte.

Die Diskussionsergebnisse der beiden Tage werden protokolliert und fließen in die Digitalisierungsstrategie der Bundesregierung ein. Der Nationale Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention wird unter der Überschrift „Inklusion und Digitalisierung“ ebenfalls fortgeschrieben. **kt**

**Suchtberatung für Menschen mit geistiger Behinderung**

Am 1. September 2018 startete in Wiesbaden das Bundesmodellprojekt „aktion:beratung – einfach.gut.beraten“, gefördert durch das Bundesgesundheitsministerium. Es soll Fachkräften der Sucht- und Behindertenhilfe ermöglichen, Suchtmittel konsumierende Menschen mit geistiger Behinderung adäquat zu beraten. Für diese Zielgruppe fehlt bisher noch die Erfahrung im Umgang, so dass das Projekt ein spezifisches Konzept dafür entwickeln möchte. Menschen mit geistiger Behinderung werden im Projektverlauf gezielt mit einbezogen. Projektpartner sind „Jugendberatung und Jugendhilfe e. V.“ und der Evangelische Verein für Innere Mission in Nassau. Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation übernehmen das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Frankfurt und der Fachbereich Sozialwesen der Hochschule Fulda. Mehr: [www.aktionberatung.de](http://www.aktionberatung.de) **kt**

**Barrierefreie Frauenhäuser und Beratungsstellen gefordert**

Die Politische Interessenvertretung behinderter Frauen im Weibernetz fordert Barrierefreiheit von Frauenhäusern und Frauenberatungsstellen. Der Bundeshaushalt hat 2019 sechs Millionen Euro im Investitions- und Sanierungsprogramm für Frauenhäuser und Beratungsstellen bereitgestellt. 2020 sollen 30 Millionen Euro hinzukommen. Das Weibernetz fordert nun, klar zu regeln, dass ausreichend Geld für die Barrierefreiheit des Hilfesystems gegen Gewalt an Frauen mit Behinderung verwendet wird. Diese erleben zwei- bis dreimal häufiger sexualisierte Gewalt als Frauen im Durchschnitt. Nur jedes zehnte Frauenhaus und jede vierte Beratungsstelle sind annähernd barrierefrei. **kt**

**Selbsthilfe-Aktivist Kalle Könkkölä ist tot**

Der finnische Politiker und Menschenrechtsaktivist Kalle Könkkölä starb am 11. September 2018, 68 Jahre alt, an einer Lungenentzündung. Er war das erste Mitglied des finnischen Parlaments mit einer Behinderung. Zeitlebens setzte er sich für die Rechte von Menschen mit Behinderung ein, auch über die finnischen Grenzen hinaus:



Bundesarbeitsminister Hubertus Heil macht in seinem Impuls deutlich, dass der digitale Fortschritt genutzt werden muss, um Menschen mit Behinderung weitere Teilhabechancen zu eröffnen.





Kalle Könkkölä startete schon zu seinen Universitätszeiten in den 70er-Jahren eine Organisation von Studierenden mit Behinderung. Fast zwei Jahrzehnte war er im Stadtrat von Helsinki aktiv, gründete sowohl die finnische Partei „Die Grünen“ mit, die er später im Parlament vertrat, als auch „Disabled Peoples’ International (DPI)“ und die finnische Stiftung „Abilis“, die Empowerment und Inklusion im Globalen Süden fördert. **kt**

## BeB-Geschäftsführer Rolf Drescher gibt an Nachfolgerin Barbara Heuerding ab

Nach 30 Jahren, davon 26 als Geschäftsführer, hat Rolf Drescher seine Arbeit für den Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe e. V. (BeB) beendet und ist in den Ruhestand getreten. Die Verabschiedung fand im Anschluss an die BeB-Mitgliederversammlung am 23. Oktober 2018 in Anwesenheit ehemaliger und aktueller Vorstandsmitglieder, Mitarbeiter(innen) und weiterer Weggefährten statt.

Bild BeB



Der scheidende BeB-Geschäftsführer Rolf Drescher und seine Nachfolgerin Barbara Heuerding.

Bei dieser Veranstaltung wurde auch Barbara Heuerding als seine Nachfolgerin begrüßt. Die Rechtsanwältin war bei der Diakonie Hessen in Frankfurt a.M. Leiterin der Abteilung Gesundheit, Alter und Pflege und wechselte zum 1. November 2018 nach Berlin. **kt**

## Ottmar Miles-Paul ausgezeichnet

Die Internationale Liga für Menschenrechte e. V. hat am 16. Dezember 2018 den Diplom-Sozialarbeiter Ottmar Miles-Paul mit der Carl-von-Ossietzky-Medaille geehrt. Er setzt sich für die Rechte benachteiligter Menschen ein und engagiert sich seit über 30 Jahren in der Behindertenbewegung. National sowie international gründete Ottmar Miles-Paul zahlreiche Initiativen und Projekte von und für Menschen mit Behinderung und baute sie mit auf. Selbstbestimmtes

Leben steht bei ihm an erster Stelle, und für den entsprechenden Paradigmenwechsel setzte er sich mit dem Aufbau des Verbandes „Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL)“ ein. Darüber hinaus ist er Initiator des Online-Informationsportals „kabinet-nachrichten“. Ottmar Miles-Paul war Landesbeauftragter für die Belange behinderter Menschen in Rheinland-Pfalz und an der Ausarbeitung des ersten Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland sowie des Bundesteilhabegesetzes impulsgebend beteiligt.

Die Medaille zeichnet seit 1962 Menschen oder Gruppen für ihre Zivilcourage und ihr Engagement für die Verwirklichung, Verteidigung und Erweiterung der Grund- und Menschenrechte und des Friedens aus. **kt**

## Literaturhinweise

### Planungshilfe zur Begleitung

Der Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm) hat die Broschüre „Projekt: Mein Leben“ veröffentlicht. Sie hilft beim individuellen und ganzheitlichen Planen der Begleitung von Menschen mit schwerer Behinderung. Dabei liegt der Broschüre ein ressourcenorientierter Ansatz zugrunde, und sie fokussiert auf die einzelnen Erwartungen und Bedürfnisse.

**Belot, Michel: Projekt: Mein Leben – Individuelle Planung der Begleitung für Personen mit schwerer Behinderung. Düsseldorf, 2018, ISBN 978-3-945771-17-4**



### Aufsuchende psychiatrische Arbeit

Das praxisorientierte Buch beschreibt Rollen, Aufgaben und Herausforderungen von Hausbesuchen. Auch wenn Klient(inn)en dort unterstützt werden können, wo sie ihren Lebensmittelpunkt haben, sind Hausbesuche ein Eingriff in ihre Privatsphäre. Anlässe für Hausbesuche werden dargestellt und Tipps für den Umgang mit angespannten Situationen sowie für die Selbstsorge gegeben (vgl. auch die ausführliche Besprechung in neue caritas Heft 22/2018, S. 46).

**Obert, Klaus; Pogadl-Bakan, Karin; Rein, Gabriele: Aufsuchende psychiatrische Arbeit. Köln, 2019, ISBN: 978-3-88414-691-0**



## Beten leicht gemacht



Das Gebetbuch in Leichter Sprache versammelt Gebete für den Tag, für das (Kirchen-)Jahr und unterschiedliche Lebenssituationen. Platz für eigene Gebete ist freigehalten. Das Buch eignet sich für die Gruppenarbeit in Einrichtungen.

**CAB Caritas Augsburg Betriebsträger gGmbH (Hrsg.): Beten leicht gemacht. Freiburg, 2018, ISBN 978-3-451-39393-8**

## Auf dem Weg zu inklusiver Gleichheit



Zum zehnjährigen Bestehen des UN-Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat dieser einen Bericht über seine Arbeit veröffentlicht. Der Bericht ist jetzt auch in deutscher Sprache erschienen, herausgegeben vom Bochumer Zentrum für Disability Studies. Er will ein Bewusstsein über das menschenrechtliche Modell von Behinderung schaffen, das in der UN-Behindertenrechtskonvention verankert ist.

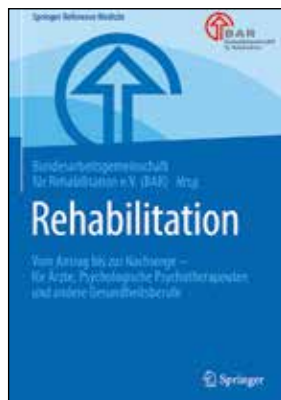
**Degener, Theresia; Uldry, Marine: Auf dem Weg zu inklusiver Gleichheit:**

**10 Jahre UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bochum, 2018. Zu beziehen unter: [www.bodys.evh-bochum.de/publikationen.html](http://www.bodys.evh-bochum.de/publikationen.html)**

## Wegweiser zur Rehabilitation

Dieses Fachbuch für Mediziner(innen), Psychologische Psychotherapeut(inn)en und andere Gesundheitsberufe möchte dazu beitragen, dass Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt wird, und bei der Beantragung der Reha-Maßnahmen sowie bei der Einleitung und Begleitung des Reha-Prozesses unterstützen.

**Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (Hrsg.): Rehabilitation. Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Heidelberg, 2018, ISBN: 978-3-662-54249-1**



## Beispiele inklusiver Projekte

Vorgestellt werden erfolgreiche inklusive Projekte im Rahmen der Weiterbildung „Kompetent für Inklusion“ des Deutschen Caritasverbands (DCV), die Mitarbeitende von Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe sowie der Verwaltung zum Thema Inklusion qualifiziert. Im Fokus stehen dabei die Bereiche Wohnen, Arbeiten und Freizeit. Durch die einfache Sprache und die größere Schrift ist das Buch auch für Menschen mit Behinderung geeignet.

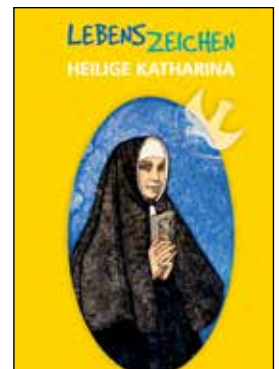
**DCV e.V. (Hrsg.): Kompetent für Inklusion. Gelungene Beispiele inklusiver Projekte. Freiburg, 2018, ISBN 978-3-7841-3088-0**



## Lebenszeichen zur heiligen Katharina Kasper

Am 14. Oktober 2018 wurde Maria Katharina Kasper heiliggesprochen. Sie setzte sich zeitlebens für Menschen in Not ein, legte 1851 mit ihren ersten Gefährtinnen die Gelübde ab und leitete von da an bis zu ihrem Tod die Gemeinschaft der Armen Dienstmägde Jesu Christi. Ihr Gedenktag ist der 1. Februar. Das neue Lebenszeichen „Heilige Katharina“ beinhaltet einen meditativen Text, eine Bibelstelle, einen Segen und ein Lied und eignet sich für einen Impuls bei Sitzungen, Meditationen sowie Gottesdiensten.

**Infos und Bestellung: <https://lebenszeichen.bistumlimburg.de>**



## Disability Studies

In der Ausgabe 2/2018 des Journals für Psychologie haben die Herausgeber den Schwerpunkt auf Disability Studies gelegt: Hier ist die Unterscheidung von individueller Beeinträchtigung und gesellschaftlich ausgrenzender Behinderung zentral. Menschen mit Behinderung forschen selbst oder sind als Lai(inn)en an der Forschung beteiligt. Theoretische und method(olog)ische sowie empirische Beiträge aus Psychologie und angrenzenden Disziplinen werden vorgestellt.

**Zander, Michael; Mey, Günter (Hrsg.): Journal für Psychologie 2/2018: Disability Studies, ISSN 2198-6959; [www.psychosozial-verlag.de/8248](http://www.psychosozial-verlag.de/8248)**

CBP-Kalender			
Wissenschaft trifft Praxis: Wirkungskontrolle in der Behindertenhilfe – oder die Frage nach dem gelingenden Leben	14./15.2.2019	Berlin	Leitungs- und Fachkräfte
1. CBP-Fachtag BTHG: Von der Bedarfsermittlung zur Fachleistung	11.3.2019	Frankfurt a. M.	Leitungs- und Fachkräfte
BTHG-Umsetzung in Diensten und Einrichtungen beim Wohnen	11.3.2019	Frankfurt a. M.	Leitungs- und Fachkräfte
Fachtagung der Fachverbände für Menschen mit Behinderung	3.4.2019	Berlin	Leitungs- und Fachkräfte
8. CBP-Trägerforum: Kurs halten – bei der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes	23./24.5.2019	Berlin	Trägervertreter(innen), Leitungs- und Führungskräfte
Angehörigentag Nord des Beirats der Angehörigen im CBP	15.6.2019	Münster	Angehörige und Betreuer(innen), Vertreter(innen) von Betreuungsvereinen
Angehörigentag Süd des Beirats der Angehörigen im CBP	29.6.2019	Würzburg	Angehörige und Betreuer(innen), Vertreter(innen) von Betreuungsvereinen
2. CBP-Fachtag BTHG: Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen	10.9.2019	Frankfurt a. M.	Leitungs- und Fachkräfte
Arbeitstreffen für Technische Leitungen in Einrichtungen des CBP	24.–26.9.2019	Frankfurt a. M.	Technische Leitungen in Mitgliedseinrichtungen
3. CBP-Fachtag BTHG: Schnittstellenprobleme zur Pflegeversicherung, Krankenversicherung, Sozialhilfe und zum Betreuungsrecht	29.10.2019	Frankfurt a. M.	Leitungs- und Fachkräfte

## Filmtipps

### Kurzfilme: „Wir sind alle anders“

In der Arte-Mediathek steht noch bis 21. Februar 2019 der „Kurzschluss“-Schwerpunkt „Wir sind alle anders“ zur Verfügung. Das Magazin zeigt Kurzfilme aus aller Welt und berichtete am 24. November 2018 vom Basler Festival „look & roll“, das Filme über das Leben mit Einschränkungen präsentiert. Kernbotschaft ist der respektvolle Umgang mit Menschen und ihrer Individualität.

Download: <https://bit.ly/2VTR29I>

### „Aus dem Kopf gefallen“

Die Dokumentarfilm-Reihe „Aus dem Kopf gefallen“ zeigt junge Menschen mit Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) und ihre (Pflege-)Familien. Der Fokus liegt auf dem Erleben der Betroffenen und zeigt sie in ihrem Alltag. Sie wurden nach ihren Perspektiven, ihren beruflichen Träumen und Lebenszielen befragt. Die Filmreihe wurde jetzt als DVD und Video on Demand veröffentlicht und soll zur Bildung und Aufklärung beitragen. Expert(inn)en kommen zu Themen rund um FASD zu Wort.

Download: <https://bit.ly/2C6SUCM>



## Programmführer zu barrierefreien Fernsehsendungen

Der elektronische Programmführer „TV für ALLE“ zeigt eine Übersicht der barrierefreien TV-Angebote in Deutschland. Er erleichtert damit das Suchen und Finden von TV-Sendungen mit Untertiteln und Audiodeskription. In einem weiteren Ausbauschnitt soll zu online verfügbaren TV-Angeboten in Deutscher Gebärdensprache verlinkt werden.

Download: <https://tvfueralle.de>



## NACHGEDACHT



**Dr. Thorsten Hinz**

*Geschäftsführer  
des CBP  
E-Mail: [thorsten.hinz@caritas.de](mailto:thorsten.hinz@caritas.de)*

### Gegen Praenatests (Bluttests) als gesetzliche Krankenkassenleistung

Am 12. Oktober 2018 wurde im Bundestag ein interfraktionelles Positionspapier „Vorgeburtliche Bluttests – wie weit wollen wir gehen?“ vorgestellt.

Darin warnen über 100 Abgeordnete vor möglichen Folgen einer Kostenübernahme des nichtinvasiven Pränataltests (NIPT) durch die gesetzlichen Krankenkassen und weisen auf gesellschaftliche Entwicklungen hin, die eine zunehmende Inanspruchnahme der NIPT nach sich ziehen könnte. Diese Positionierung wird im CBP sehr begrüßt. Sie hat die Tragweite der ausstehenden Entscheidung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) deutlich gemacht und die Debatte um den sogenannten Praenatest einer größeren Öffentlichkeit geöffnet. Auch wenn die Debatte sehr spät kommt und womöglich die Prüfverfahren im G-BA schon so weit sind, dass eine Zulassung der NIPT kaum mehr aufzuhalten ist.

Die Frage der Aufnahme des Bluttests in die Regelleistungen berührt grundlegende ethische Fragen. Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK), 2009 von Deutschland ratifiziert, verpflichtet die Staaten zu wirksamen Maßnahmen, um Vorurteile gegenüber Menschen mit Behinde-

rung abzubauen und ihnen Teilhabechancen zu schaffen. Die beabsichtigte Einführung der NIPT als Regelleistung unterläuft aus Sicht des CBP die Grundsätze der UN-BRK. Sie unterläuft auch die christliche Grundhaltung, jedes Leben willkommen zu heißen. Unter anderem droht durch die Einführung die Gefahr eines generellen Screenings auf eine Vielfalt von genetischen Abweichungen und Eigenschaften. Damit erfolgt ein Paradigmenwechsel im Umgang mit einer Schwangerschaft und den notwendigen Vorsorgeuntersuchungen für die Mutter und das ungeborene Kind. Bei einer leichten Zugänglichkeit der NIPT ohne Bindung an eine Indikation wird ein an Ausnahmefälle gebundenes Verfahren zum Bestandteil der regulären Schwangervorsorge.

Die Entwicklungen in der Pränatal- und Gendiagnostik sind nicht nur auf der individuellen Ebene der einzelnen Frau/des Paares zu betrachten. Wir brauchen dringend einen erweiterten gesellschaftlichen Diskurs zum Umgang mit Krankheit und Behinderung, zu den Grenzen des medizinisch Machbaren. Dieser Diskurs muss geführt werden, bevor NIPT zu einer Regelleistung der Krankenkasse wird. Dafür setzt sich der CBP ein und ist gemeinsam mit dem Deutschen Caritasverband und dem Sozialdienst katholischer Frauen gegen die Einführung der NIPT ins gesetzliche Krankenkassenangebot.

Thorsten Hinz

## IMPRESSUM

[www.cbp.caritas.de](http://www.cbp.caritas.de)

Redaktion: Dr. Thorsten Hinz (hi) (verantwortlich), Janina Bessenich (jb), Kerstin Tote (kt), Klemens Bögner  
Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin, E-Mail: [cbp@caritas.de](mailto:cbp@caritas.de), Tel. 0 30/28 44 47-8 22, Fax: 0 30/28 44 47-8 28  
Vertrieb: Rupert Weber, Tel. 07 61/2 00-4 20, Fax: 2 00-11 420, E-Mail: [rupert.weber@caritas.de](mailto:rupert.weber@caritas.de)  
Titelfoto: DCV/Harald Oppitz  
Nachdruck und elektronische Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung.  
Herausgegeben vom CBP e. V. in Freiburg

