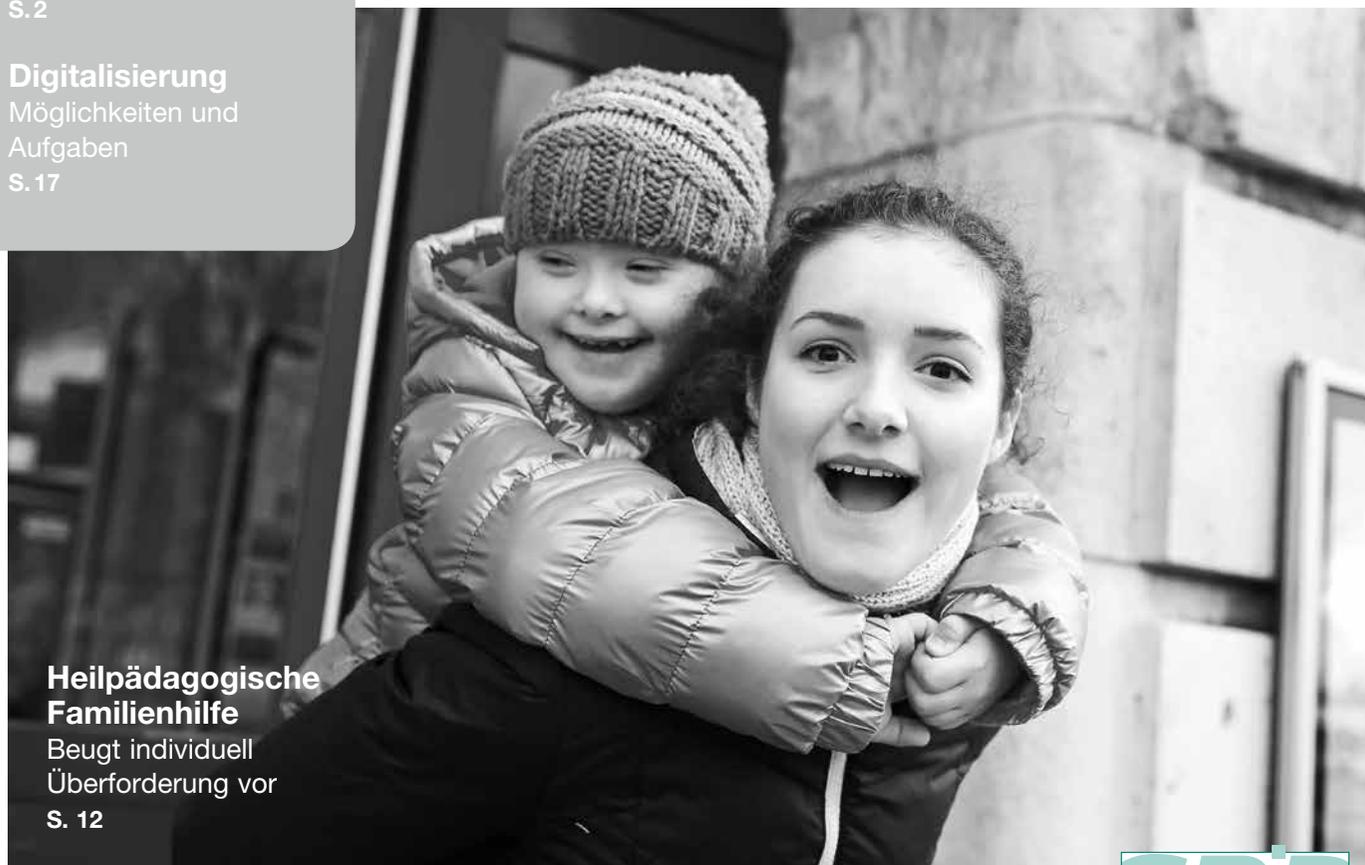


**Bundesteilhabegesetz**Korrekturbedarf bei der Umsetzung  
S. 2**Digitalisierung**Möglichkeiten und Aufgaben  
S. 17**CBP-Info****Heilpädagogische Familienhilfe**Beugt individuell Überforderung vor  
S. 12

**Liebe Leserinnen und Leser,** jetzt kommt es auf Sie an! In vielen Experten- und Verhandlungsrunden wird derzeit besprochen und durchgerechnet, wie die neuen Leistungen der Eingliederungshilfe aussehen könnten. Was derzeit wie Tüfteln an Details aussieht, ist in Wirklichkeit die Arbeit an den entscheidenden Rahmenbedingungen, die mit darüber bestimmen, welche Lebensmöglichkeiten Menschen eingeräumt werden, die in umfassendem Sinn von Qualität und Umfang dieser Leistungen abhängig sind. Die gemeinschaftliche Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfe ist zwar einerseits Voraussetzung für eine sichere Unterstützungsbasis für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf. Sie birgt andererseits aber das Risiko, dass die neue

Eingliederungshilfe nicht mehr, sondern weniger Selbstbestimmung und Teilhabe gerade für diese Zielgruppe bedeutet. Es wird davon abhängen, wie viel Anspruch auf individuelle Leistungen „on top“ jemandem zugestanden wird und wie dies in den Rahmenverträgen abgesichert wird, die derzeit in den Bundesländern ausgehandelt werden. Für eine solche Systematik gilt es sich einzusetzen. Weder dürfen die Leistungsansprüche von Menschen mit umfassender Beeinträchtigung vollständig über Pauschalen abgedeckt werden, noch darf das Leistungsgeschehen im Übermaß in individuelle Ansprüche aufgelöst werden, die erhebliche Risiken beinhalten, dass berechnete Ansprüche nicht durch Teilhabeleistungen abgedeckt sind. »

Auf seiner Mitgliederversammlung hat der CBP gerade vor diesem Hintergrund gefordert, Revisionsklauseln in den Landesrahmenverträgen vorzusehen und die Fristen zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) zu verlängern. Damit reagieren wir auf die Risiken, die derzeit in den Gesprächen und Verhandlungen zur Umsetzung des BTHG zu erkennen sind. Festlegungen auf „Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfs“ mit dem Anspruch der abschließenden Bedarfsdeckung wirken unter dem Zeitdruck, unter dem derzeit verhandelt wird, als scheinbar naheliegende Lösung. Die Bildung von Hilfebedarfsgruppen kann aber nur dazu dienen, grundsätzliche Unterstützungssicherheit zu gewährleisten oder allgemeine Leistungen abzubilden, die sich auf Gruppen von Personen beziehen. Sie können die individuellen Ansprüche auf personenzentrierte Leistungen zur Teilhabe nicht abdecken. Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass derzeit nur in wenigen Bundesländern entschieden ist, mit welchem Instrument die individuellen Bedarfe erhoben werden. Deshalb gibt es auch noch keinerlei Erfahrungswerte, wie dieses Instrument in der Praxis angewendet wird und welchen Stellenwert letztlich die persönlichen Vorstellungen eines Menschen mit Behinderung und seine individuelle Bedarfslage haben werden. Davon wird aber die subjektive Lebensqualität der leistungsberechtigten Menschen stark abhängen.

Digitale Teilhabe und die Nutzung von Assistenztechnologien sind andere Aspekte der Lebensqualität von Menschen mit Behinderung.

Mittels technischer Unterstützung kann und soll die Fähigkeit von Personen mit Beeinträchtigungen, an der Gesellschaft teilzuhaben, so weit wie möglich gefördert werden. Der CBP befasst sich seit mehreren Jahren mit Fragen der Digitalisierung und Teilhabe. Da das Thema immer mehr an Bedeutung gewinnt und absehbar ist, dass die vielfältigen Entwicklungen beobachtet und in konkrete Hilfen für die Praxis übersetzt werden müssen, hat der Verband eine Arbeitsgruppe „digitale und assistive Teilhabe“ eingerichtet. Es ist uns wichtig, dass Digitalisierung nicht nur reflektiert wird in den Fragen, wie sich die Abläufe in den Organisationen verändern werden, sondern vor allem auch, wie durch die konsequente Entwicklung und Nutzung digitaler Systeme die selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen gefördert werden kann.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre und für das Jahr 2018 Gesundheit und Gottes Segen!

Ihr




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

## Sozialrecht/-politik

### Bundesteilhabegesetz jetzt erst recht!

#### Korrekturbedarf bei Umsetzung – CBP-Forderungen

Auf der CBP-Mitgliederversammlung am 14./15. November 2017 in Berlin lag der Schwerpunkt des Facheils auf den Beratungen über die Herausforderungen bei der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes. Die Mitglieder folgten schließlich mit großer Mehrheit den nachfolgenden Forderungen des CBP-Vorstandes.

Der Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP) fordert auf:

- ♦ den Bundesgesetzgeber zu einer gesetzlichen Korrektur beim Bundesteilhabegesetz (BTHG);
- ♦ die Verhandlungsparteien auf der Landesebene zur Aufnahme von Öffnungs- und Revisionsklauseln in den BTHG-Landesrahmenverträgen.

#### Einführung

Der CBP setzt sich für eine gute Umsetzung des BTHG ein. Er betei-

ligt sich mit seinen Expertisen an allen laufenden Beratungen und Fragestellungen und will dazu beitragen, dass die Teilhabeleistungen für Menschen mit Behinderungen/psychischen Erkrankungen weiterentwickelt und verbessert werden.

Bei der Umsetzung des BTHG, die nach dem Inkrafttreten am 1. Januar 2017 vor allem auf der Länderebene erfolgt, braucht es klare und stabile gesetzliche und vertragliche Rahmenbedingungen, damit Menschen mit Behinderungen/mit psychischen Erkrankungen die ihnen zustehenden Leistungen zur Teilhabe weiterhin bedarfsdeckend erhalten. Insbesondere ist beim maßgeblichen Systemwechsel, der ab dem 1. Januar 2020 mit der Herauslösung der Eingliederungshilfe aus der Sozialhilfe und der Trennung der Leistungen (in einerseits Teilhabeleistungen und andererseits existenzsichernde Leistungen) vollzogen wird, ein geordneter Übergang sicherzustellen, der Leistungslücken für Menschen mit Behinderungen/psychischen Erkrankungen verhindert. Da auf der Länderebene derzeit erhebliche Verzögerungen absehbar sind, die die beschlossenen gesetzlichen Stichtagsregelungen infrage stellen, fordert der CBP den Bundesgesetzgeber zu einer gesetzlichen Korrektur auf. Diese kann auch durch

eine Bundesratsinitiative herbeigeführt werden, da auch die Bundesländer ein hohes Interesse an einer sachgerechten Umsetzung des BTHG haben.

Auf der Landesebene ist sicherzustellen, dass für wichtige Neuregelungen Revisions- und Öffnungsklauseln Eingang in die Landesrahmenverträge finden, damit Handlungsräume möglich werden, um gegebenenfalls schnell nachzubessern. Die Folgen der BTHG-Umsetzungen dürfen nicht zulasten von Menschen mit Behinderungen/psychischen Erkrankungen und betroffenen Einrichtungen und Diensten gehen.

### **1. BTHG ergänzen und realistische Übergangsregelungen für die neue Eingliederungshilfe im SGB IX durch den Bundesgesetzgeber einführen**

In der 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages hat der Gesetzgeber mit dem BTHG das System der Eingliederungshilfe für rund 800.000 leistungsberechtigte Menschen mit Behinderung umfassend umgestaltet. Unter anderem gelten die bestehenden Verträge im stationären Wohnen mit Leistungsanbietern ausnahmslos nur bis zum 31. Dezember 2019! Ab dem 1. Januar 2020 (Stichtag!) soll die Eingliederungshilfe ausschließlich die Teilhabeleistungen (Fachleistungen) umfassen, wofür neue Verträge zwischen Leistungserbringern und Trägern der Eingliederungshilfe abzuschließen sind. Dann müssen auch entsprechend neue Verträge zwischen den Leistungsberechtigten und den Leistungserbringern unterzeichnet sein. Die Grundlage für die neuen Verträge soll eine neue Bedarfsermittlung bei jedem/jeder Leistungsberechtigten durch die Träger der Eingliederungshilfe sein, die bereits ab dem 1. Januar 2018 erfolgen sollte. Viele Bundesländer befinden sich aber in einem erheblichen Verzug mit der Benennung von Trägern der Eingliederungshilfe, der Festlegung auf das gesetzlich vorgegebene Bedarfsermittlungsinstrument und insgesamt mit der BTHG-Umsetzung. Die Umsetzung des BTHG droht damit zeitlich zu scheitern.

Der CBP fordert deshalb, geordnete Übergangsregelungen von fünf Jahren, insbesondere für die Sicherstellung der Leistungen für Menschen mit Behinderungen/psychischen Erkrankungen in stationären (gemeinschaftlichen) Wohnformen, gesetzlich festzulegen. Nur so kann vor Ort zeitlich gewährleistet werden, dass die Festlegung der jeweiligen Träger der Eingliederungshilfe, die Verhandlung von Landesrahmenverträgen und der Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen sowie der Abschluss von Verträgen mit Menschen mit Behinderungen/psychischen Erkrankungen in geordneter Weise erfolgen wird.

#### **Der CBP fordert konkret:**

§ 139 SGB XII dahingehend zu ergänzen, dass die bestehenden Verträge bis zum 1. Januar 2024 fortgelten inklusive gesetzlicher Fortgeltungsregelungen bis 2024 für Art. 13 BTHG (Änderung des SGB XII):

§ 139 SGB XII – Übergangsregelung zur Erbringung von Leistungen nach dem Sechsten Kapitel für die Zeit vom 1. Januar 2018 bis zum 31. Dezember 2023

(1) Die am 31. Dezember 2017 vereinbarten oder durch die Schiedsstellen festgesetzten Vergütungen nach § 75 Abs. 3 Nummer 2 mit den Pauschalen für Unterkunft und Verpflegung (Grundpauschale) und für die Maßnahmen (Maßnahmepauschale) sowie einem Betrag für betriebsnotwendige Anlagen einschließlich ihrer Ausstattung (Investitionsbetrag) gelten im Grundsatz, soweit sie die Erbringung von Leistungen nach dem Sechsten Kapitel zum Inhalt haben, bis zum 31. Dezember 2023 weiter. Die Anpassungen der Vergütungen sind nach Aufforderung einer Vertragsseite zulässig. Auf Verträge, die vor dem 1. Januar 2020 geschlossen worden oder entstanden sind, sind die Vorschriften des SGB XII weiter anzuwenden.

### **2. Auf der Landesebene braucht es an wichtigen Stellen die Aufnahme von Öffnungs- und Revisionsklauseln in den BTHG-Landesrahmenverträgen**

Für die individuelle Gestaltung von Leistungen für Menschen mit Behinderung in der künftigen Eingliederungshilfe ist die individuelle Gestaltung von Vergütungen erforderlich. Sollten sich künftige Rahmenverträge auf Landesebene nach § 131 SGB IX an Leistungspauschalen für „Gruppen von Leistungsberechtigten mit vergleichbarem Bedarf“ nach § 125 Abs. 3 SGB IX (sogenannte Leistungstypen) orientieren, sind Öffnungsklauseln für andere Verfahren und jährliche Revisionsklauseln erforderlich, um die Finanzierung von individuellen Leistungen aufgrund des Teilhabeplans/Gesamtplans zugunsten der Leistungsberechtigten und zur Absicherung der Leistungserbringer sicherzustellen.

Die Grundlage für die Öffnungsklausel ist § 125 Abs. 3 Satz 4 SGB IX, nach dem andere geeignete Verfahren zur Vergütung und Abrechnung der Fachleistungen vereinbart werden können. Deshalb sollte in der Rahmenvereinbarung nach § 131 SGB IX eine Öffnungsklausel enthalten sein, die für die Fälle des § 125 Abs. 3 Satz 4 SGB IX eine von der Rahmenvereinbarung abweichende Vergütungsgestaltung zulässt.

Es ist zu erwarten, dass als Folge des neuen Bedarfsfeststellungsrechts personenzentrierte (individualisierte) Teilhabe-/Gesamtpläne erstellt werden, die dann Gegenstand des Leistungsbescheides (Verwaltungsaktes) sein werden. Der/Die Leistungsberechtigte wird dann einen Anspruch auf Ausführung des individuellen Teilhabe-/Gesamtplans durch individuelle Leistungen gegenüber dem Leistungserbringer haben. Sollte der Leistungserbringer diesen Anspruch auf individuelle Leistungen nicht umfassend erfüllen können (weil gegebenenfalls die Vergütungspauschalen wegen des Bezugs auf Leistungstypen nicht auskömmlich sind!), wird der Leistungsträger über den Weg des gesetzlichen Prüfrechts auch die Kürzung der Vergütung nach § 129 SGB IX geltend machen können. »

In der Umsetzung des BTHG wird sich nach und nach zeigen, dass die bisherige Festlegung auf definierte Gruppen der Leistungsberechtigten mit vergleichbarem Bedarf kaum haltbar sein wird, da der tatsächliche individuelle Bedarf der Leistungsberechtigten nicht ausschließlich mit Pauschalen finanziert werden kann. In den Landesrahmenverträgen sind daher folgende konkrete Klauseln zu vereinbaren:

- ◆ zeitlich bestimmte (jährliche) Revisionsklauseln, um Anpassungen der Merkmale der möglichen Leistungstypen oder der vereinbarten Stundensätze zu aktualisieren, die auch in einrichtungsindividuellen Vereinbarungen entsprechend aufzunehmen sind;
- ◆ Öffnungsklauseln für Vereinbarungen der Leistungserbringer zur Deckung der individuellen Bedarfe auch außerhalb von „Gruppen von Leistungsberechtigten mit vergleichbarem Bedarf“.

Mit Blick auf den Umfang des sich aus der Trennung der Leistungen in der Eingliederungshilfe ergebenden Regelungs- und Gestaltungsbedarfs ist jetzt jeder Zeitgewinn hilfreich. Derzeit droht in vielen Bundesländern eine undifferenzierte und zeitlich übereilte Umsetzung des BTHG, mit der Folge, dass die Leistungserbringung nach dem 1. Januar 2020 für viele Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen zu massiven Schwierigkeiten führen kann. Dies gilt es zu verhindern.

**Dr. Thorsten Hinz**

*CBP-Geschäftsführer*

*Kontakt: thorsten.hinz@caritas.de*

## Neues Bedarfsermittlungsverfahren gemäß BTHG ab dem 1. Januar 2018

Die Einführung eines bundeseinheitlichen Bedarfsermittlungsverfahrens muss nach dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) ab dem 1. Januar 2018 erfolgen und soll auf der Länderebene konkretisiert werden. Das Teilhabeplanverfahren (§ 19 SGB IX) gilt für alle der in § 6 SGB IX genannten Rehabilitationsträger und ist von diesen zwingend zu beachten, auch von den Trägern der Eingliederungshilfe (zum Beispiel bei der Einbeziehung der Leistungserbringer im Verfahren).

Für die Leistungen der Eingliederungshilfe hat der Eingliederungshilfeträger gemäß § 21 SGB IX ergänzend zu den Vorschriften des Teilhabeplanverfahrens die Vorschriften für die Gesamtplanung (§ 117 ff. SGB IX) im zweiten Teil des SGB IX zu beachten. Es handelt sich um ein Verfahren, in dem sich Teilhabeplanung und Gesamtplanung ergänzen und einander nicht ausschließen. Die Festlegungen des Gesamtplans beziehungsweise des Teilhabepplans sind bindend für die Leistungserbringer, weil diese Vorgaben gemäß § 123 Abs. 4 SGB IX auch die Leistungspflichten im Einzelfall bestimmen und damit zu erheblichen Konsequenzen (zum Beispiel Vergütungskürzung) führen können. Dies unter anderem macht die Einführung des Bedarfsermittlungsverfahrens aus Leistungserbringersicht so bedeutsam. Die entsprechende Umsetzung der Vorgaben des BTHG auf Länderebene erfolgt leider nur schleppend.

Das Instrument der Bedarfsermittlung (§ 118 SGB IX) in der Eingliederungshilfe soll sich zukünftig am bio-psycho-sozialen Modell der ICF, der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, orientieren. Es soll alle neun Lebensbereiche gemäß ICF einbeziehen. Näheres über das Instrument zur Bedarfsermittlung kann durch Rechtsverordnung auf Landesebene vorgegeben werden. § 118 SGB IX bestimmt neu, dass zwecks Ermittlung des individuellen Teilhabedarfs ein Bedarfsermittlungsinstrument alle neun ICF-Lebensbereiche berücksichtigen muss. Erst durch die Ermittlung des individuellen Bedarfs kann der notwendige Leistungsumfang ermittelt werden. Dieser hat einen unmittelbaren Einfluss auf die leistungsgerechte Vergütung der Leistungserbringer. Die Bestimmung des Bedarfsermittlungsinstrumentes, das den bundeseinheitlichen Kriterien entspricht, ist damit einer der Kernpunkte in der Umsetzung des BTHG.

Aus Sicht der Dienste und Einrichtungen ist allergrößter Wert auf die Wahrung vergleichbarer Lebensverhältnisse in allen Landesteilen zu legen. Ausdrücken müssen sich diese unter anderem in der Festlegung landeseinheitlicher Instrumente zur Bedarfsermittlung, die den Kriterien nach § 118 Abs. 1 SGB IX gerecht werden und den tatsächlichen individuellen Bedarf ermitteln. Aus Sicht der Menschen mit Behinderung und/oder psychischer Erkrankung (beziehungsweise deren gesetzlicher Vertreter(innen)) ist es außerordentlich wichtig, zu beachten, ob der tatsächliche individuelle Bedarf durch die neuen – auf Landesebene unterschiedlichen – Instrumente ermittelt wird. Sollte dies nicht der Fall sein, ist ein Widerspruchsverfahren ratsam!

Bislang ist nicht erkennbar, dass in einem der bisher bekannten Instrumente die Religiosität und Spiritualität als Lebensbereich (d930 Religion und Spiritualität) ausdrücklich benannt ist, obwohl dieser Lebensbereich für viele Menschen mit Behinderung und/oder psychischer Erkrankung wesentlich ist und nach der ICF-Systematik zum Lebensbereich Gemeinschaft und Soziales Leben (d9) gehört. Entsprechend verweist der CBP bei der Verabredung von Landesrahmenverträgen darauf, § 131 SGB IX zu berücksichtigen, wo ausdrücklich benannt ist, dass in den „Rahmenverträgen die Merkmale und Besonderheiten der jeweiligen Leistungen“ von „Leistungserbringer[n], die einer Kirche oder Religionsgemeinschaft“ zuzuordnen sind, aufgenommen werden können. **hi**

*Kontakt: thorsten.hinz@caritas.de*

## Interdisziplinäre Frühförderung – Neuerungen ab 1. Januar 2018

Im Rahmen der Umsetzungsschritte des Bundesteilhabegesetzes tritt zum 1. Januar 2018 der Bereich der interdisziplinären Frühförderung in Kraft. Das bedeutet, dass schrittweise die Neuregelungen in Teil 1 SGB IX hier vor allem im § 46 in Verbindung mit § 79 Anwendung finden müssen. In den entsprechenden Landesrahmenvereinbarun-

gen müssen jetzt zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern und den Verbänden der Leistungserbringer unter anderem die folgenden Punkte geklärt werden (Auszug aus dem SGB IX):

1. „Die Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen, nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinären Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum und sozialpädiatrische Zentren, zu Mindeststandards, Berufsgruppen, Personalausstattung, sachlicher und räumlicher Ausstattung,
2. die Dokumentation und Qualitätssicherung,
3. der Ort der Leistungserbringung sowie
4. die Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte für die als Komplexleistung nach Absatz 3 erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung der Zuwendungen Dritter, insbesondere der Länder, für Leistungen nach der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung [...]

(6) Kommen Landesrahmenvereinbarungen nach Absatz 4 bis zum 31. Juli 2019 nicht zustande, sollen die Landesregierungen Regelungen durch Rechtsverordnung entsprechend Absatz 4 Nummer 1 bis 3 treffen.“

hi

*Kontakt: thorsten.hinz@caritas.de*

## Neue Leistung: stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB)

Ab Januar 2018 können Menschen bei psychiatrischen Erkrankungen statt im Krankenhaus auch im Wohnumfeld durch einen Arzt aus dem Krankenhaus äquivalent behandelt werden. Die neue Leistung nach § 115 d SGB V als sogenannte stationsäquivalente Behandlung kann zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung beitragen.

### Rahmenbedingungen

Die rechtliche Grundlage wurde durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19. Dezember 2016 geschaffen.

Die Voraussetzungen der neuen Leistung sind in § 115 d SGB V geregelt. Als Leistungserbringer kommen psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler psychiatrischer Versorgungsverpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen in Betracht. Die neue Leistung kann zum Beispiel in akuten Krankheitsphasen von Menschen mit Behinderung anstelle einer vollstationären Behandlung im häuslichen Umfeld erfolgen (unter Umständen auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe). Diese Leistung darf nur bei Vorliegen einer Indikation für die stationäre psychiatrische Behandlung durch Krankenhausträger erbracht werden (§ 115 d SGB V). Der Krankenhausträger hat sicherzustellen, dass die Ärzte und Fachkräfte entsprechend zur Verfügung stehen. Er kann zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität auch die bisher beteiligten Leistungserbrin-

ger an der Versorgung beteiligen. Der GKV-Spitzenverband, der PKV (Verband der Privaten Krankenversicherungen) und die DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) haben zur Umsetzung der neuen Regelung eine Vereinbarung<sup>1</sup> zur erforderlichen Dokumentation, Vorgaben zur Qualität der Leistungserbringung sowie Anforderungen zur Beauftragung Dritter vereinbart, die am 1. August 2017 in Kraft getreten ist.

In diesem Zusammenhang hat die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) ein Positionspapier „Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung bei Erwachsenen“<sup>2</sup> am 13. Juli 2017 veröffentlicht, das ebenfalls die Rahmenbedingungen der neuen Leistungen erörtert.

### Umfang der stationsäquivalenten Behandlung

Bei der neuen Leistung handelt es sich um eine psychiatrische Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld, die durch mobile, fachärztlich geleitete Behandlungsteams durchgeführt wird. Sie entspricht inhaltlich und fachlich einer vollstationären Behandlung. Die Entscheidung über die Erbringung einer stationsäquivalenten Behandlung trifft der Träger des Krankenhauses. Maßgeblich sind das Therapieziel und seine Erreichbarkeit beim Vorliegen der entsprechenden Indikation. Zur Durchführung der Behandlung im häuslichen Umfeld wird die Zustimmung der im Haushalt lebenden Personen eingeholt. Beim Aufenthalt in Einrichtungen ist die Zustimmung der jeweiligen Einrichtung erforderlich. In der Vereinbarung zwischen GKV/PKV und DKG werden als Einrichtungen benannt: Pflegeeinrichtungen und Jugendhilfe-Einrichtungen. Gesetzlich ist der Ausschluss von Einrichtungen der Eingliederungshilfe nicht vorgesehen. Aus diesem Grunde wird der CBP die Klarstellung für die Einrichtungen der Eingliederungshilfe verfolgen. Die neue Leistung wurde vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in den sogenannten Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 2018 aufgenommen, der die Grundlage für das Entgeltsystem der Krankenhausleistungen ist.

Die neue Leistung wird ab dem 1. Januar 2018 vom Krankenhausträger beim Vorliegen einer Indikation für die stationäre psychiatrische Behandlung zu den benannten Bedingungen erbracht. Bei der Abrechnung der Entgelte sind vom Krankenhausträger auch die Leistungen anzugeben, die von beteiligten ambulanten psychiatrischen Leistungserbringern (§ 115 d Abs. 1 Satz 3 SGB V) erbracht werden.

### Mindestmerkmale dieser neuen Leistung

- ♦ Therapieziel-orientierte Behandlung durch ein mobiles multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes/einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie; für Psychiatrie; für Nervenheilkunde oder für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie;
- ♦ Team bestehend aus ärztlichem sowie pflegerischem Dienst und mindestens einem/einer Vertreter(in) einer weiteren Berufsgrup-

pe, zum Beispiel Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie) oder Spezialtherapeuten (zum Beispiel Ergotherapeut, Physiotherapeut, Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Logopäde, Kreativtherapeut);

- ◆ Vorhandensein von Vertreter(inne)n folgender Berufsgruppen in der Einrichtung: Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Facharzt für Psychiatrie/Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie), Spezialtherapeuten (zum Beispiel Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten), Pflegefachpersonen (zum Beispiel Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger);
- ◆ Durchführung einer wöchentlichen ärztlichen Visite (bei stationsäquivalenter Behandlung an mehr als sechs Tagen in Folge) im direkten Patientenkontakt, in der Regel im häuslichen Umfeld. Der Facharztstandard ist zu gewährleisten;
- ◆ Durchführung einer wöchentlichen multiprofessionellen Fallbesprechung zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs (bei stationsäquivalenter Behandlung an mehr als sechs Tagen in Folge), in die mindestens drei der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen gegebenenfalls unter Einbeziehung kooperierender Leistungserbringer nach § 115 d Abs. 1 Satz 3 SGB V einbezogen werden. Die Fallbesprechung kann unter Zuhilfenahme von Telekommunikation geschehen;
- ◆ Behandlung auf der Grundlage eines individuellen Therapieplans, orientiert an den Möglichkeiten und dem Bedarf des Patienten;
- ◆ Mindestens ein direkter Patientenkontakt durch mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams pro Tag. Kommt ein direkter Kontakt nicht zustande aus Gründen, die der Patient zu verantworten hat, zählt der unternommene Kontaktversuch dennoch als direkter Patientenkontakt;
- ◆ Die Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams ist werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes sicherzustellen (Rufbereitschaft). Darüber hinaus ist eine jederzeitige (24 Stunden an sieben Tagen in der Woche) ärztliche Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus zu gewährleisten. Bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung muss umgehend mit einer vollstationären Aufnahme reagiert werden können.<sup>3</sup>

### Neue Schnittstellenproblematik

Wichtig ist, dass das Wunsch- und Wahlrecht der Patient(inn)en in Bezug auf den Ort der Behandlung beachtet wird und die bisher an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer einbezogen werden. Die Behandlungsteams müssen aus Ärzt(inn)en, Psycholog(inn)en, Fachkräften und Spezialtherapeut(inn)en bestehen, gegebenenfalls sind die bisher beteiligten Ärzte, Psychologen und Fachkräfte einzubeziehen. In der Verantwortung steht der Facharzt/die Fachärztin. Das entsen-

dende Krankenhaus ist für täglichen Kontakt mit dem Patienten/der Patientin verantwortlich. Wenn die Behandlung länger als eine Woche dauert, müssen professionelle Fallbesprechungen und ärztliche Visiten angesetzt werden (auch „Rund-um-die-Uhr-Rufbereitschaft“). Im Falle einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes muss das Krankenhaus zu jeder Tages- und Nachtzeit die stationäre Aufnahme gewährleisten können. Nur bei Einhaltung der strengen Vorgaben kann die Qualität der fachärztlichen Behandlung gesichert werden.

Bereits im Gesetzgebungsverfahren hat der CBP auf die mangelnde Einbeziehung der bestehenden ambulanten sozialpsychiatrischen Dienste und auf mögliche Schnittstellenprobleme hingewiesen (zum Beispiel auf die Problematik der Abrechnung der stationären Behandlung durch das Krankenhaus und der Vergütung für die Teilhabeleistungen in der Eingliederungshilfe durch den Leistungserbringer der Eingliederungshilfe). Mit der neuen Leistung wird ein weiteres Angebot der stationären psychiatrischen Versorgung etabliert, das – außer der ärztlichen Leitung – nicht klar von anderen Leistungen abgrenzbar ist.

Aus sozialpsychiatrischer und fachlicher Sicht ist mit Blick auf die neue Leistung künftig wichtig, die Kooperation mit den Krankenhausträgern zu suchen, um die adäquate Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sicherzustellen. Eine Verpflichtung zur Kooperation seitens des Krankenhauses besteht allerdings gesetzlich nicht.

Die neue Regelung soll bis zum 31. Dezember 2021 evaluiert werden. Informationen und Erfahrungsberichte aus der Praxis zur Umsetzung der neuen Leistung sind willkommen.

**Janina Bessenich**

*Stellv. CBP-Geschäftsführerin und Justiziarin*

*Kontakt: janina.bessenich@caritas.de*

### Anmerkungen

1. [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

2. [www.dgppn.de](http://www.dgppn.de)

3. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Beschreibung im OPS unter: *Einführung neuer Codes für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung von Erwachsenen (9 701) und von Kindern und Jugendlichen (9 801)*, [www.dimdi.de/static/de/dimdi/presse/pm/news\\_0426.html](http://www.dimdi.de/static/de/dimdi/presse/pm/news_0426.html)

## Einordnung der StÄB aus Sicht des CBP-Fachbeirates Psychiatrie

Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) trat am 1. Januar 2017 in Kraft. Das PsychVVG beinhaltet die StÄB, die stationsäquivalente Behandlung gemäß §115 d SGB V. Die StÄB umfasst eine psychiatrische Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im häuslichen Umfeld. Diese Leistung kann ab dem 1. Januar 2018 vom Kranken-

hausträger bei Vorliegen einer Indikation für eine stationäre psychiatrische Akutbehandlung und auf Wunsch des Patienten im häuslichen Umfeld erbracht werden. Sie ist fachlich in den Themenkomplex des sogenannten Home Treatment einzuordnen.

Die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP) und des Dachverbandes der Gemeindepsychiatrie e. V. vom Juli 2017 zu „Home Treatment in Deutschland“ bietet einen guten Überblick zur Einordnung der verschiedenen Formen des Home Treatment. Der CBP-Fachbeirat Psychiatrie begrüßt und unterstützt diese gemeinsame Stellungnahme für eine gelungene fachliche Auseinandersetzung mit dem Themenkomplex des Home Treatment. Diese Stellungnahme dient der fachlichen Klärung des Begriffes Home Treatment mit seinen unterschiedlichen Formen, da sie sowohl die Integrierte Versorgung als auch die ab 1. Januar 2018 zu etablierende stationsäquivalente Behandlung fachlich einordnet. Darüber hinaus werden wichtige Qualitätskriterien und ethische Grundsätze für ein bedarfsgerechtes Home Treatment definiert. Eine partizipative und wertschätzende Zusammenarbeit aller Beteiligten, des Klienten, der bereits etablierten Helfersysteme und des sozialen Umfelds ist grundlegend für ein zielgerichtetes, hilfreiches und damit förderliches Home Treatment.

Durch die StÄB entstehen Schnittstellen, die sich in der sozialpsychiatrischen Praxis entscheidend auswirken können. Wir empfehlen daher eine proaktive Vorgehensweise, das heißt die Nachfrage zum jeweiligen Sachstand bei den Krankenhäusern, um deren Planungen zu erfahren und um eine kooperative Zusammenarbeit zum Beispiel durch gemeinsame Helferkonferenzen zu fördern. Die Ausgestaltung einer möglichen Kooperation sollte im Einzelfall geklärt werden. Ein Kooperationsgespräch sollte mindestens folgende Punkte beinhalten:

- ◆ Berücksichtigung der Wünsche und Bedarfe des Patienten/Klienten (zum Beispiel: Betreuungskontinuität gewährleisten);
- ◆ der Klient/Patient muss entscheiden können, welche Leistungen er in Anspruch nehmen möchte;
- ◆ Stärkung bereits bestehender Kooperationen mit Kliniken;
- ◆ Erhalt der bisherigen Versorgungsstruktur;
- ◆ Hinweis auf klare Kommunikationsstrukturen;
- ◆ Abstimmung der unterschiedlichen Leistungen der Sozialgesetzbücher;
- ◆ gemeinsame Planung und Abstimmung zur Umsetzung des Behandlungs- und Betreuungsplanes (inklusive Aufnahme- und Entlass-Management).

Der Klient muss immer im Mittelpunkt der StÄB stehen. Die Abstimmung zu den übergeordneten Punkten: „Wer macht was im häuslichen Umfeld und mit welcher Intention?“ sollte handlungsleitend für alle Beteiligten sein.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) erarbeitet gemeinsam mit Vertreter(inne)n des Kontaktgespräches Psychiatrie auf Bundesebene Eckpunkte und Empfehlungen für die Umsetzung der

StÄB. Diese werden voraussichtlich im ersten Quartal 2018 vorliegen. Hierbei ist der CBP beteiligt.

**Heidrun Helldörfer**

*Vorsitzende des CBP-Fachbeirats Psychiatrie  
Kontakt: heidrun.helldoerfer@koeln-ring.de*

## Studie zur Qualität in der rechtlichen Betreuung

Von November 2015 bis November 2017 wurde die Studie „Qualität in der rechtlichen Betreuung“ vom Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) in Kooperation mit der Technischen Hochschule Köln durchgeführt. Unter [www.bundesanzeiger-verlag.de](http://www.bundesanzeiger-verlag.de) ist der gesamte Forschungsbericht nachzulesen (s. dazu auch Beitrag in neue caritas Heft 1/2018, S. 9 ff.). Eine Kurzfassung sowie die zentralen Ergebnisse und Handlungsempfehlungen hat das Ministerium bereits am 3. Januar 2018 veröffentlicht unter [www.bmjv.de](http://www.bmjv.de), Suchbegriff: „Qualität in der rechtlichen Betreuung“. Folgende zentrale Fragen wollte das Ministerium von der Wissenschaft beantwortet haben: Wie sieht die praktische Umsetzung des Betreuungsrechts in Deutschland aus? Welche Qualitätsstandards gelten hierbei? Existieren strukturelle Qualitätsdefizite, und warum bestehen sie?

Nachfolgend einige erste bemerkenswerte Ergebnisse:

- ◆ „Es sollte in Erwägung gezogen werden, den Gerichten einen gesetzlichen Auftrag zur Bestimmung von Untergrenzen des persönlichen Kontaktes, die auf die Besonderheiten des Einzelfalls abgestimmt sind, oder zu einer entsprechenden Vereinbarung mit dem Betreuer unter Einbeziehung des Betreuten zu erteilen.“
- ◆ „In der rechtlichen Betreuung sind Konzepte und Methoden zur unterstützten Entscheidungsfindung zu entwickeln. In diesem Zusammenhang wäre eine Erhöhung der Stundenansätze – vor allem zu Betreuungsbeginn – erforderlich.“
- ◆ „Den Untersuchungsergebnissen zufolge wird die Nutzung des Einwilligungsvorbehalts durch den Betreuer nicht immer auf das gesetzlich erforderliche Maß begrenzt. Daher sollten die Gerichte häufigere Kontrollen und genauere Nachforschungen dahingehend durchführen, ob der Einwilligungsvorbehalt wirklich ausschließlich zum Schutz des Betreuten eingesetzt wird.“

Die Studie belegt viele Anliegen, die der CBP gemeinsam mit der „Arbeitsstelle Rechtliche Betreuung von DCV, SkF und SKM“ immer wieder kritisiert hat. Insbesondere hat der CBP immer wieder auf den Bedarf von mehr Ressourcen für eine Weiterentwicklung des Betreuungswesens gemäß den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention hingewiesen. In einem ersten Schritt muss die finanzielle Ausstattung der rechtlichen Betreuung nachhaltig verbessert werden. Inwieweit die fachlich und rechtlich notwendige Reform des Betreuungswesens auch Eingang in das noch zu schreibende Regierungsprogramm finden wird, bleibt abzuwarten. Der CBP wird die entsprechenden Verhandlungen eng beobachten und begleiten. hi

*Kontakt: thorsten.hinz@caritas.de*

## Studie zur Umsetzung des Erforderlichkeitsgrundsatzes

Das Bundesjustizministerium hat noch weitere wichtige Studienergebnisse veröffentlicht: Eine rechtstatsächliche Untersuchung zur Umsetzung des Erforderlichkeitsgrundsatzes in der betreuungsrechtlichen Praxis – im Hinblick auf vorgelagerte „andere Hilfen“ im Sinne von § 1896 Abs. 2 Satz 2 BGB – wurde vom IGES Institut Berlin durchgeführt. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass das Potenzial zur Vermeidung beziehungsweise Eingrenzung rechtlicher Betreuungen in Deutschland nach wie vor nicht ausgeschöpft werde. Dabei machte sie vor allem drei Problemfelder aus:

- ◆ Betroffene erhalten nicht das notwendige Maß an Unterstützung beim Geltendmachen und Realisieren von Sozialleistungsansprüchen;
- ◆ Institutionen wie Krankenhäuser, Pflegeheime und Sozialleistungsträger wälzen Aufgaben auf eine gesetzliche Betreuung ab;
- ◆ andere Hilfen im Sinne von § 1896 Abs. 2 Satz 2 BGB sind vielerorts nicht oder nicht in ausreichendem Maß vorhanden.

Weitere Infos unter: [www.bundesanzeiger-verlag.de](http://www.bundesanzeiger-verlag.de), Rubrik Betreuung, „Aktuelle Meldung“ vom 17. November 2017. hi

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

## Fachausschuss „Teilhabe am Arbeitsleben“: neue Rolle im Bedarfsermittlungsverfahren

Seit dem 1. Januar 2018 gelten das neue Teilhaberecht und die Regeln zur Bedarfserkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs. Grundsätzlich ist die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens nach § 19 SGB IX vorgesehen, wenn Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger in Betracht kommen. Wenn bei der Aufnahme in die Werkstatt ein Bedarf an Leistungen mehrerer Leistungsgruppen oder Leistungen mehrerer Rehabilitationsträger (zum Beispiel ambulante Unterstützung) gegebenenfalls auch nacheinander vom Leistungsberechtigten gewünscht werden, wird das Teilhabeplanverfahren durchgeführt. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat dies in einem Schreiben vom 23. November 2017 bestätigt. Es ist entsprechend davon auszugehen, dass die Arbeit des Fachausschusses bei Erstaufnahme in die Werkstatt unterbleiben wird, sofern auf der Länderebene keine anderen Vereinbarungen getroffen werden. jb

*Kontakt: [janina.bessenich@caritas.de](mailto:janina.bessenich@caritas.de)*

## „Andere Leistungsanbieter“ – konzeptionelle Überlegungen von CBP und BeB

Der CBP hat gemeinsam mit dem Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) eine Handreichung zur neuen Leistung „Andere Leistungsanbieter“ im Feld der Teilhabe am Arbeitsleben

vorgelegt, die in gleicher Weise eine Orientierungshilfe und eine Handlungsempfehlung ist (Download unter: [www.cbp.caritas.de](http://www.cbp.caritas.de)). Sie listet umfangreich die Themen und Anforderungen auf, die im Falle der Realisierung eines entsprechenden Angebotes zu beachten sind. Die Bundesagentur für Arbeit will in Kürze ihr Fachkonzept für „andere Leistungsanbieter“ vorlegen. jb

*Kontakt: [janina.bessenich@caritas.de](mailto:janina.bessenich@caritas.de)*

## Teilhabepraxis

### Konzept Sozialraumorientierung und BTHG als Chance zur BRK-Umsetzung der Caritas

Die vertragsrechtliche Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) bringt derzeit viel Verunsicherung in die vielfältige Landschaft der Eingliederungshilfe. Autoren aus drei großen katholischen Trägern in Mittelfranken plädieren im folgenden Text dafür, die sich bietenden Chancen zu nutzen. Das Thema Sozialraumorientierung in der Eingliederungshilfe wird von vielen Trägern unter dem Dach des Diözesan-Caritasverbandes Bamberg im Rahmen sehr unterschiedlicher Voraussetzungen schon seit Jahren sehr intensiv bearbeitet.

So hat sich im Jahr 2010 mit dem Ziel einer Öffnung von Hilfen in den Sozialraum das Projekt „Caritas als Kirche im Lebensraum der Menschen“ entwickelt; es wurde in einem bistumsweiten Bewerbungsverfahren angegangen. Unter den fünf zugelassenen Bewerbern waren drei aus der Eingliederungshilfe, die sich alle bereits seit dem Jahr 2004 konsequent um eine personenzentrierte, sozialraumorientierte Leistungserbringung bemühen. Sie tun dies gemeinsam mit neun weiteren, teils großen Trägern der Eingliederungshilfe in Zusammenarbeit mit dem Bezirk Mittelfranken (überörtlicher Sozialhilfeträger), dem Lehrstuhl für Sozialmanagement der Evangelischen Hochschule Nürnberg und Vertreter(inne)n der Spitzenverbände beim Entwicklungsprojekt Leistungsmodule<sup>1</sup>.

In diesem Projekt wurden die vom BTHG geforderte Personenzentrierung der Leistungserbringung, die Trennung in Fachleistung und existenzsichernde Leistung, die Forderung einer bedarfsgerechten Leistungserbringung, die Einführung ICF-basierter Bedarfserhebungsinstrumente und ein Messmanual zur Ermittlung der Ergebnisqualität umgesetzt. Festgestellt wurde, dass in Einrichtungen überschaubarer Größe alle genannten Forderungen, inklusive der Auflösung der Settings stationär und ambulant, umsetzbar waren und konsequent im Alltag angewendet werden konnten. Zurückgemeldet wurde eine hohe Zufriedenheit der Beteiligten, was schlussendlich zu einer Haltungsveränderung führte, sowohl bei den betroffenen Menschen mit Behinderung als auch bei allen weiteren am Prozess Beteiligten, darunter den Mitarbeiter(inne)n der betroffenen Einrichtungen und den Vertreter(inne)n von Trägern und Kommunen.

## Barmherzige Brüder Gremsdorf

Die Barmherzigen Brüder Gremsdorf bilden eine Komplexeinrich-

tion für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung. Neben einem großen Wohnbereich und ambulant betreutem Wohnen bestehen dort auch eine Werkstätte für Menschen mit Behinderung, eine Förderstätte und eine Seniorentagesstätte. Personenzentrierung ist in der Einrichtung schon seit dem Jahr 2000 erklärtes Ziel. Über individuelle Assistenzpläne – unter Mitwirkung der Menschen mit Behinderung – wird das Ziel verfolgt, den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen möglichst gerecht zu werden. Dies ist ein immerwährender Aushandlungsprozess und in den komplexen Strukturen auch eine Herausforderung, der man sich in Gremsdorf immer wieder neu stellt. Da in großen Einrichtungen komplexe Strukturen aber nicht nur „hausgemacht“ sind, sondern es auch viele Auflagen durch das (komplexe) System der Eingliederungshilfe gibt, ist der Träger der Einladung durch den Bezirk Mittelfranken gerne gefolgt, sich an dem Projekt zu beteiligen und ein personenzentriertes System der Hilfestellung zu entwickeln. Mit der ersten Sitzung im Jahre 2004 begann eine jahrelange Entwicklungsarbeit sowohl im Plenum als auch in Unterarbeitsgruppen und schließlich auch in Form der Teilnahme an der Erprobung des neuen Systems. Interessant sein wird es für die Einrichtung, aber auch für die Menschen mit Behinderung, welchen Wandel die vom BTHG geforderte Personenzentrierung noch einläuten wird und welche Schranken in dem etablierten System der Eingliederungshilfe noch fallen werden – hoffentlich immer mit dem Ziel, die Person mit ihrem Bedarf und ihren Bedürfnissen tatsächlich ins Zentrum zu rücken.

## Caritas Nürnberger Land

Der Kreisverband hat neben anderen Arbeitsfeldern der Eingliederungshilfe eher kleinere Platzzahlen in den Arbeitsfeldern stationäres und ambulant betreutes Wohnen für psychisch erkrankte und geistig behinderte Menschen, außerdem Arbeitstherapie, Inklusionsbetrieb und inklusive Wohnprojekte. Hier wird bis heute bei knapp 100 Personen (25 Plätze im Langzeitwohnheim, 63 Plätze im ambulant betreuten Wohnen, zehn Plätze im Wohnprojekt für ältere Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf) mit den Leistungsmodulen gearbeitet und so eine Durchlässigkeit zwischen ambulant und stationär erreicht.

Ein psychisch schwer kranker Klient sagt dazu: „Ich finde Module in dem Sinne gut, dass jeder zugeschnittene Sozialleistungen bekommt. Das heißt, da nicht jeder der gleichen Leistungen bedarf, bekommt jeder das, was ihm zusteht, und die Zeiten lassen sich besser aufteilen auf die Klienten. Durch diesen Ausgleich haben die Mitarbeiter mehr Zeit für das Wesentliche, mehr Klienten können betreut werden.“

Eine Mitarbeiterin führt aus: „Im Rahmen der Leistungsmodule ist das individuelle Arbeiten mit den Klienten auch hinsichtlich der Sozialraumorientierung inzwischen eine Selbstverständlichkeit und eine große Chance in Bezug auf das Aufbrechen von stationären Grenzen geworden. Die Klienten bestimmen selbst den Rhythmus, und jeder Mensch erhält je nach seinen Fähigkeiten die entsprechen-

de Hilfestellung, um Barrieren zu durchbrechen. Das aktive Einbinden der Klienten in diese Prozesse hat gezeigt, dass zunehmend das Umfeld selbstbewusster erlebt wird und eigene Ideen umgesetzt werden. So gelingt es auch den Mitarbeitern, bestehende Denkansätze aus den letzten Jahrzehnten der sozialen Arbeit zu verdrängen.“

## Regens Wagner Absberg

Regens Wagner Absberg beteiligte sich zusammen mit anderen Trägern der Eingliederungshilfe daran, mit Hilfe der Leistungsmodule eine personenzentrierte Assistenz anzubieten. Die beteiligten Spitzenverbände und Träger der Behindertenhilfe nutzten das Angebot des Bezirks Mittelfranken, um an der Entwicklung eines Instruments zur personenzentrierten Hilfebedarfserhebung zu partizipieren, und investierten erhebliche Energie, um Wege zur Realisierung der an sie gestellten Anforderung zu finden.

Gemeinsam wurden dazu viele Ansätze entwickelt, viele auch wieder verworfen. Dennoch blieben alle Beteiligten hartnäckig an der Sache dran, weil sie wussten: Hier konstruierten sie an der Zukunft der Eingliederungshilfe und der Stärkung von Teilhaberechten. Alle Beteiligten brachten ihr Wissen und ihre Kompetenz, teilweise mit großer Leidenschaft, in die Debatten ein, um das Modellprojekt möglichst praxisnah voranzubringen.

Die Anwendung der Leistungsmodule in der Praxisphase erwies sich bei Regens Wagner Absberg dahingehend als schwierig, als sich die Anwendung der Leistungsmodule auf Leistungsberechtigte beschränkte, für die der Bezirk Mittelfranken als Leistungsträger



Im Quartier rund um das 2012 generalsanierte Don-Bosco-Haus in Hersbruck wird für Menschen mit seelischer Behinderung die vom BTHG geforderte personenzentrierte Leistungserbringung bereits seit Jahren umgesetzt und führt zu einer hohen Zufriedenheit der Bewohner(innen) und der Mitarbeitenden. Eine hohe Durchlässigkeit hinein in die ambulante Versorgung war ein auf Basis des Konzepts Sozialraumorientierung gewünschter Nebeneffekt.

Bild Klaus Porta/Hersbrucker Zeitung

zuständig war. Leider konnten zahlreiche Leistungsberechtigte, deren Leistungsträger im Kreise der anderen bayerischen Bezirke oder gar außerhalb Bayerns zu finden waren, in der Praxisphase nicht berücksichtigt werden. Zwei unterschiedlichen Paradigmen der Leistungserbringung zu folgen erwies sich in der Praxis als schwierig.

Dennoch kristallisierte sich heraus, dass Personenzentrierung das Wunsch- und Wahlrecht der Klienten stärkt und dazu vonseiten der Leistungserbringer ein Umdenkprozess notwendig wird. Das BTHG war damals zwar noch nicht unmittelbar absehbar, doch lässt sich im Rückblick heute feststellen, dass mit dem Projekt der Leistungsmodul bereits Themen angegangen wurden, die heute als Eckpunkte im BTHG zu finden sind. Um dieses umzusetzen, kann ein Instrument wie die Leistungsmodul zum Beispiel ein Hinweis sein, sich den Forderungen des BTHG nach einer ICF-basierten Klassifizierung anzunähern.

## Zusammenfassung

Das Projekt hat bei allen Beteiligten zu einem nachhaltigen neuen Verständnis von Personenzentrierung und Selbstbestimmung geführt. Argumenten, eine ICF-basierte Bedarfsermittlung oder eine personenzentrierte Leistungserbringung seien nicht umsetzbar, ist entschieden zu widersprechen. Im Gegenteil: Tiefgreifende Haltungswechsel bei Personal und Betroffenen führen zu einer deutlich gesteigerten Zufriedenheit bei den Beteiligten.

**Joachim Gamperling**

*Stellvertretende Gesamtleitung  
Regens Wagner Absberg*

**Michael Groß**

*Geschäftsführer Caritas Nürnberger Land*

**Christa Tottmann**

*Leiterin des Bereichs Fortbildung/Gesundheit/Öffentlichkeit  
und zuständig für die Betreuungs- und Assistenzplanung nach  
POB&A, Barmherzige Brüder Gremsdorf*

**Michael Schubert**

*Bereichsleiter Psychiatrie Caritas Nürnberger Land  
Kontakt: michael.gross@caritas-nuernberger-land.de*

## Anmerkung

1. Ziel des modularen Leistungssystems ist eine maßgeschneiderte Hilfe, die auf dem Hintergrund einer ICF-basierten individuellen und verbescheideten Bedarfsermittlung den Leistungsberechtigten einerseits und den Leistungserbringern andererseits eine weitgehende Flexibilisierung bei der Inanspruchnahme und Erbringung der Leistungen ermöglicht. Quelle: Entwicklungsprojekt Leistungsmodul, Zwischenbericht Juni 2009, S. 4.

## Das BTHG aus Perspektive derer, die es direkt betrifft

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) ist in aller Munde. Auch wenn noch vieles geklärt werden muss – klar ist: Es kommt. Menschen mit Behinderung im „Wohnverbund Zuffenhausen-Rot“ des Caritasverbandes für Stuttgart bereiten sich auf ihre Weise auf den Systemwechsel vor.

### Ein Einblick

Seit September treffen sich fast jede Woche Bewohner(innen), um sich mit dem BTHG auseinanderzusetzen. Eingeladen zu den Treffen sind alle interessierten Bewohner(innen). Die Idee entstand im Rahmen des internen Inklusionsprozesses „Ich bin dabei“, welcher 2013 in allen drei Wohnverbänden der Behindertenhilfe des Caritasverbandes für Stuttgart implementiert wurde.

Konkret heißt das, dass die Menschen mit Behinderung über die Änderungen, die das BTHG vorsieht, informiert und dass sie ermutigt und befähigt werden. Menschen mit Behinderung sollen dazu ihre Wünsche und Bedarfe erkennen und benennen. Es geht um Fragen wie: In welchen Lebensbereichen verfüge ich über Kompetenzen und Ressourcen, und in welchen Lebensbereichen brauche ich Assistenz beziehungsweise Teilhabeleistungen? Die Antworten von vier Bewohner(inne)n sind im Folgenden zitiert.

Der Wohnverbund setzt sich aus den Häusern St. Elisabeth und Haus Eleonore zusammen. Beide Häuser sind stationäre Einrichtungen am Standort Zuffenhausen-Rot der Behindertenhilfe des Caritasverbandes für Stuttgart. Im Haus St. Elisabeth leben 67 Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung sowie Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Im Haus Eleonore, nur wenige Meter vom Haus St. Elisabeth entfernt, leben 16 Menschen mit geistiger Behinderung und sogenannter Doppeldiagnose. Das heißt, dass neben der geistigen Behinderung auch die Diagnose einer psychischen Störung wie zum Beispiel Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung oder dissoziales Verhalten vorliegt.

Einige Menschen mit Behinderung gehen werktags arbeiten, andere besuchen den Förder- und Betreuungsbereich oder die Tagesförderstätte, die zum Haus gehört. Die älteren Menschen wie-

*„Ich will nicht alleine sein. Ich will mit anderen in einem Wohnhaus zusammen wohnen. Ich möchte, dass Angelika mit mir das Zimmer teilt. Das würde ich gerne ausprobieren. Und ich möchte in meinem Zimmer fernsehen. Ich brauche viel Hilfe – auch beim Aufstehen und beim Zubettgehen. Und ich brauche jemanden zum Reden.“*

**Karen Bugbee**

derum gehen tagsüber in eine der drei Seniorenbetreuungen, die im Haus integriert sind.

Der Inklusionsprozess im Bereich Behindertenhilfe des Caritasverbandes für Stuttgart startete 2013. Die Idee war und ist, dass alle Akteure – also Menschen mit Behinderung, Mitarbeiter(innen), Leitungen – sich mit dem Thema auseinandersetzen und sich gemeinsam auf den Weg machen. In Arbeitsgruppen wurden die von den Menschen mit Behinderung priorisierten Themen gemeinsam bearbeitet:

- ◆ gute Unterstützung;
- ◆ Selbstbestimmung;
- ◆ Respekt und Anerkennung.

Die Ergebnisse hält eine Broschüre in Leichter Sprache fest.

*„Ich möchte alleine wohnen, weil ich selbstständig bin.*

*Ich kann mich duschen und anziehen.*

*Ich kann meine Wäsche waschen und mein Zimmer putzen. Ich brauche Hilfe bei der Geldeinteilung.“*

**Zahir-Khan Mohammad**

Aktuell steht die Erarbeitung eines individuellen Teilhabeplans für jeden Klienten/jede Klientin im Mittelpunkt. In einem Dialog werden die verschiedenen Lebensbereiche besprochen und die Kompetenzen sowie der Unterstützungsbedarf herausgearbeitet. Piktogramme und weitere bildliche Darstellungen erleichtern es den Teilnehmenden, einen Zugang zu den Lebensbereichen zu finden und ihren individuellen Teilhabeplan zu erarbeiten.

In diesem gemeinsamen Prozess wird viel von-, mit- und übereinander gelernt. Er bietet Raum für:

- ◆ offenen Umgang mit offenen Fragen;
- ◆ Unsicherheiten gemeinsam aushalten;
- ◆ Sicherheit in der Unsicherheit finden: „Gemeinsam sind wir stark“;
- ◆ viele (stationäre) Leistungen sind so selbstverständlich, dass sie auf den ersten und auch auf den zweiten Blick nicht wahrgenommen werden und damit auch nicht benannt werden können;
- ◆ die Trennung der Leistungen (Teilhabe und existenzsichernde Leistungen) ist unter anderem eine große (kognitive) Herausforderung, mit denen sich die Teilnehmenden auseinandersetzen;
- ◆ Unterstützungsbedarf: Selbsteinschätzung versus Fremdwahrnehmung. Selbsteinschätzung und Fremdwahrnehmung liegen im Hinblick auf Unterstützungsbedarfe teilweise weit voneinander entfernt.
- ◆ Die eigenen Kompetenzen zu benennen ist für einige Teilnehmende der erste Schritt, bevor sie Zugang zu ihrem jeweiligen Unterstützungsbedarf finden.

*„Ich will hier wohnen, weil ich nicht alleine sein möchte.*

*Ich brauche Menschen um mich, mit denen ich schwätzen kann. Ich möchte ins Theater, ins Kino, einen Stadt-bummel machen, eine Freundin besuchen ...*

*Ich brauche Begleitung, damit ich die richtige Straßebahn nehme und das Theater oder das Kino auch finde und mich unterwegs nicht verlaufe. Begleitung brauche ich auch bei Arztterminen – auch wegen Schwätzen, damit die Kombination zwischen Arzt, Betreuer und mir stimmt und der Arzt versteht, was mir fehlt. Beim Duschen und Baden und auch beim Bettbeziehen brauche ich Hilfe.“*

**Karin Kaufmann**

- ◆ Für andere Teilnehmende wiederum beinhaltet der Prozess eine schmerzliche Auseinandersetzung mit ihrer eigenen Lebensgeschichte und Behinderung: „Ich habe Ängste und kann nicht alleine sein.“

Alle Menschen mit Behinderung, die im Wohnverbund leben, sind zu den Treffen eingeladen. Es hat sich inzwischen ein fester Teilnehmerstamm etabliert.

Für Bewohner(innen) mit einer schwerstmehrfachen Behinderung oder mit sogenannten Verhaltensauffälligkeiten eignet sich das Format nicht. Ihnen müssen andere Zugänge eröffnet werden. Hier sind, wie es im Gesamtplanverfahren heißt, Vertrauenspersonen gefragt, die für die Menschen sprechen können. Das erfordert nicht nur fachliches Know-how, sondern eine enorme Empathiefähigkeit.

Auch Angehörige, die oftmals auch die gesetzliche Betreuung für Tochter oder Sohn, Bruder oder Schwester übernommen haben, sind gefordert. Viele der Angehörigen im Wohnverbund Zuffenhausen sind im siebten oder achten Lebensjahrzehnt. Die neue Gesetzgebung

*„Ich will weiterhin mit Heinz in einem Zimmer wohnen. Das Zimmer soll aber größer sein, damit ich mich besser ausdehnen kann.*

*Ich kann mich selbstständig duschen.*

*Allerdings muss man mir das Shampoo bereitstellen.“*

**Thomas Maass**

bereitet ihnen Sorge und schürt Ängste. Hier besteht genauso Beratungs- und Schulungsbedarf wie für die Mitarbeiter(innen), die täglich mit den Menschen mit Behinderung im Kontakt sind.

„Man weiß nie, was daraus wird, wenn die Dinge verändert werden. Aber weiß man denn, was daraus wird, wenn sie nicht verändert werden?“ (Elias Canetti)

Nina Kirsten

Sozialdienst Wohnverbund Zuffenhausen-Rot

Haus St. Elisabeth + Haus Eleonore

Kontakt: n.kirsten@caritas-stuttgart.de

## Angehörige mit Behinderung

### Heilpädagogische Familienhilfe ist individuell

Die Implikation originär heilpädagogischer Ansätze und Methoden in den Hilfen zur Erziehung (HzE) ist richtig und wichtig. Sie erweitern das sozialpädagogische Spektrum. In Deutschland haben alle Familien mit Heranwachsenden einen Anspruch auf Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII. Diese haben zum Ziel, Eltern in ihren Erziehungsaufgaben zu unterstützen, sie zu stärken und in Krisen zu begleiten. Die Hilfen sind vielfältig und bieten von niederschweligen ambulanten Angeboten bis hin zu vollstationären Wohnformen eine breite Palette. Sie sollen den Verbleib des Kindes in seiner Familie sichern, Gefährdungen des Kindeswohls abwenden oder auch im Zusammenwirken mit den Sorgeberechtigten andere Wege des familiären Zusammenlebens gehen. Der Gesetzgeber schreibt außerdem vor, dass Hilfen nachhaltig und daher auf längere Dauer angelegt sein sollen. In der Praxis sieht das aber häufig anders aus. Kaum hat eine Hilfe mit Beziehungs- und Vertrauensaufbau begonnen, wird schon wieder über Reduzierung oder Beendigung dieser Hilfemaßnahme nachgedacht.

Die strikte Trennung von Jugendhilfe und Behindertenhilfe ist nicht mehr zeitgemäß. Spätestens mit der UN-Behindertenrechtskonvention müssen Anbieter weiterdenken, über den eigenen Tellerand hinaus blicken und vielfältigere Hilfen gestalten. Was bedeutet das für die HzE? Schon längst gibt es Jugendhilfekonzepete, welche sich Klient(inn)en zuwenden, die zuvor wenig Berücksichtigung in den HzE fanden: die man schlicht nicht wahrnahm, einem anderen Kostenträger zurechnete oder für die das bestehende Angebot wie beispielsweise die Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) in ihrer Ausgestaltung nicht ausreichend oder passend war. Oder andersherum formuliert: Es gibt Menschen, die nicht ins Angebot vieler Familienhilfen passen. Dazu zählen Heranwachsende oder Eltern mit Behinderung, Menschen mit Suchtproblematik, mit psychischen oder anderen chronischen und teilweise irreversiblen Erkrankungen.

Um mit der Heilpädagogischen Familienhilfe (HPFH) vertraut zu werden, lohnt sich der Blick in die Historie und den ursprünglichen Gedanken von Familienhilfen. Die SPFH nach § 31 SGB VIII entstand aus dem neuen Arbeitsansatz der Familienfürsorge der Weimarer Republik und wurde zum Ende der 1960er-Jahre als Erziehungshilfemaßnahme eingeführt. Seit 1991 ist sie im SGB VIII rechtlich ver-

ortet. Sie gilt, nach der Kindertagesbetreuung, als das zweitgrößte Arbeitsfeld in der Kinder- und Jugendhilfe. Aufgabe, sozialpolitische Gedanken und Inhalte werden hier kurz skizziert:

- ◆ Sozialpolitisch: Die Familie mit ihren Ressourcen und in ihrer Selbstwirksamkeit gilt es zu stärken und den Verbleib der Kinder in den Familien zu sichern.
- ◆ Methodisch: In der Hilfe werden nicht Not, Schicksal oder Schuld des Individuums zum zentralen Punkt der Planung und Prüfung der Hilfe, sondern es wird die Gesamtsituation der Familie in den Mittelpunkt gestellt. Die Hilfe soll auf längere Dauer angelegt sein.
- ◆ Inhalt: Um Überschneidungen und eine Doppelung der Hilfsangebote zu vermeiden, soll mit dem Blick auf die Familie und ihre Ressourcen diese sich an nur eine Stelle wenden müssen und die geplante Hilfe von nur einem Anbieter – in seiner individuellen Vielfalt – installiert und durchgeführt werden.

In der Entwicklung der SPFH sind eine Spezialisierung des Angebots und ein Outsourcing der Hilfen auf verschiedene Träger zu erkennen. Gründe dafür sind die gestiegenen Fallzahlen, die immer komplexeren Problemsituationen (sogenannte Multiproblemfamilien) und die damit verbundene Überlastung des Allgemeinen Sozialen Dienstes in den Jugendämtern. Aber auch das Forcieren einer raschen Beendigung der Unterstützungsleistung aufgrund finanzieller Ressourcen beeinflusst die Leistungserbringung der SPFH nicht unerheblich.

Die SPFH ist oft die letzte Chance für Familien, durch aktive Mitarbeit eine Fremdplatzierung ihrer Kinder/ihrer Kindes zu vermeiden. Zentraler Punkt ist eine Verbesserung der Situation der in der Familie lebenden Kinder und ihrer Entwicklungsbedingungen. Durch das Erschließen und Benennen von Ressourcen innerhalb und außerhalb der Familie sollen die Erziehenden in die Lage versetzt werden, ihre Erziehungsfunktion wieder wahrzunehmen. Die Interaktion und Kommunikation in der Familie soll sich verbessern und die Familie soll in die Lage versetzt werden, Alltagsprobleme wieder eigenständig zu lösen. Zur Zielgruppe dieser Hilfeform gehören immer noch überwiegend sozial benachteiligte Familien.

Durch die aktuelle Entwicklung der SPFH sind diese zuvor beschriebenen Aufgaben häufig nur noch bedingt umsetzbar und zeigen ihre Auswirkungen auf die aktuellen Familienhilfeangebote, die häufig von den Leistungsempfänger(inne)n als zu begrenzt und verkürzt wahrgenommen werden. Eine Mutter sagte im Hilfeplangespräch einmal: „Wie sollen meine Kinder und ich uns auf die Familienhelferin einlassen können, wenn schon nach den ersten sechs Monaten über die Beendigung der Hilfe gesprochen wird? Wir fangen doch gerade erst an, uns kennenzulernen.“

Im ersten Jahr der Hilfe stehen erfahrungsgemäß in vielen Familien noch Widerstände und Vorbehalte gegenüber der Hilfe im Vordergrund. Sie sind mehr oder weniger deutlich wahrzunehmen, insbesondere wenn die Hilfen vom Familiengericht angeordnet wurden. Der so entstandene Zwangskontext muss immer wieder angesprochen, Kontrollaufträge müssen unbedingt transparent gemacht wer-

den. Die Familien brauchen die Erfahrung, dass das Gesagte auch Bestand hat. Durch die Zusammenarbeit im ersten Jahr bildet sich erst das notwendige Vertrauen. Erst wenn grundlegende Beziehungsarbeit geleistet wurde, werden das Setting tragfähig und die Familien entsprechend befähigt, erste Schritte zur Umsetzung ihrer Ziele zu gehen. Kommen weitere Aufgaben und Ziele hinzu, wie beispielsweise die Förderung eines Kindes mit (drohender) Behinderung, die Zusammenarbeit mit Eltern mit psychischer Erkrankung oder ein sozialgesetzbücherübergreifendes Zusammenwirken verschiedener Angebote, so kommt eine einzelne Fachkraft, schon wegen beschränkter Zeitressourcen, schnell an ihre Grenzen.

Klaus Esser schreibt über die Hilfedauer der HzE – und bezieht sich dabei auf verschiedene Studien und Evaluationen –, dass im ersten Jahr der Hilfe zunächst keine merklichen Effekte zu verzeichnen seien, es sei denn, sie sind perspektivisch länger angelegt. „Hilfen, die länger als zwei Jahre in Anspruch genommen werden, erreichen aber in der Regel schon in den ersten sechs Monaten merkliche Effekte.“<sup>1</sup> Die SPFH ist nach 25 bis 30 Monaten am wirksamsten.

Daran, worauf sich die Arbeit mit Familien in der SPFH bezieht, wird deutlich, wie fortschrittlich dieses Modell für unsere Gesellschaft sein könnte. Die HPFH ist demzufolge eine modifizierte und differenziertere Form der SPFH.

HPFH verortet sich ebenfalls in den HzE, ist aber keine im SGB VIII beschriebene Hilfeleistung. Dennoch ist sie gelebte Praxis und wird von zahlreichen Trägern angeboten. Das Grundanliegen der HPFH ist, nicht zwischen behinderungsbedingtem und erziehungsbedingtem Hilfebedarf zu unterscheiden. Die pädagogischen Fachkräfte verfügen über behinderungsspezifisches Fachwissen und heilpädagogische Methoden wie beispielsweise die Heilpädagogische Übungsbehandlung (HPÜ) zur individuellen, beziehungsbasierten Förderung oder die Heilpädagogische Spieltherapie (HPS) als Ausdrucksmöglichkeit für Kinder. Kreative Angebote, alltagspraktische Förderung, Sprachheil- und Lernförderangebote, autismspezifische Förderung, Heilpädagogische Diagnostik, Psychomotorik sowie Frühförderangebote können unterbreitet werden. Je bunter, interdisziplinärer und vielfältiger das jeweilige Pädagogen-Team ausgebildet ist, umso hilfreicher, niederschwelliger und passgenauer kann es Familienhilfen gestalten. Weitere Merkmale einer HPFH sind:

- ◆ Es arbeiten mindestens zwei pädagogische Fachkräfte in einer Familie, die in ihrer Einrichtung an ein mehrköpfiges pädagogisches Team angebunden sind.
- ◆ HPFH bietet zu Beginn der Hilfe eine Clearing-Phase an, die spezifische Bedarfe der einzelnen Personen ermittelt.
- ◆ Sie bietet Zusammenarbeit mit Familien bei Zwangskontext.
- ◆ Traumasensibles Arbeiten sowie eine Atmosphäre des therapeutischen Milieus (nach Redl) in der Familienhilfeeinrichtung sind obligatorisch.
- ◆ Der Auf- und Ausbau eines tragfähigen Netzwerkes für jede Familie ist zentrale Aufgabe der HPFH.

- ◆ Breites Angebotsspektrum von den frühen Hilfen für Familien mit Kleinkindern bis hin zu „späten Hilfen“ für Jugendliche und junge Erwachsene.
- ◆ Die ausführende Institution nutzt ein eigenes Angebot barrierefreier Funktionsräume für Heranwachsende und ihre Familien, parallel zur aufsuchenden Hilfe im nahen Sozialraum.
- ◆ Weil bestimmte Beeinträchtigungen oder Erschwernisse sich durch Familienhilfe nicht „plötzlich auflösen“, ist HPFH auf unbestimmte Dauer angelegt und begleitet die Familien so lang wie nötig.
- ◆ HPFH ist verbindlich, zuverlässig und bewegt sich innerhalb des mit der Familie und dem Kostenträger vereinbarten Settings. Gleichzeitig ist das Team in der Lage, auf besondere Bedarfe flexibel zu reagieren (beispielsweise durch Rufbereitschaft).
- ◆ Neben individueller Familienarbeit bietet die HPFH-Einrichtung Gruppenangebote für einzelne Familienmitglieder zu bestimmten Themen und wird auch hierdurch zum familienübergreifenden Begegnungsort für Heranwachsende oder ihre Angehörigen.
- ◆ Vermeidung von Brüchen durch Begleitung und Vermittlung bei Übergängen (Transition).
- ◆ Eine verbindliche Besprechungsstruktur und regelmäßige Teamsupervision gewährleisten Kinderschutz, Ergebnisqualität und fachliche Standards der pädagogisch Tätigen.

Als äußerst praktikabel haben sich flexible Stundenkontingente erwiesen, die der Familie durch die Kostenträger gewährt werden. So kann das Helferteam flexibel auf die aktuelle Bedarfslage einer Familie reagieren. Grundsätzlich aber findet HPFH im klar vereinbarten Setting statt und wird nur ausnahmsweise kurzfristig verändert. Die Familien erleben keine Überraschungsbesuche der Familienhelfer(innen) oder Terminverlegungen. Wichtig sind eine gute Kommunikation des pädagogischen Teams sowie verbindliche Absprachen mit den Familien und dem Kostenträger.

HPFH erweitert das Leistungsspektrum der SPFH. Auch in (teil-)stationären Settings kann in Verbindung mit HPFH gearbeitet werden. Jede HPFH ist eine individuelle Leistung, zugeschnitten auf den jeweiligen Bedarf der Familie, und ein lebendiger Prozess.

**Harald Bauer**

*Leitender Geschäftsführer der Lebelos GbR für Familienhilfen und begleiteten Umgang*  
Kontakt: harald.bauer@lebelos.de

**Sandra Leginovic**

*Inhaberin einer heilpädagogischen Praxis im Mühlthal und Buchautorin (Heilpädagogische Familienhilfe – ein neues Konzept für die ambulante Jugendhilfe, 2014, BHP-Verlag, Berlin).*  
Kontakt: praxis@leginovic.de

#### **Anmerkung**

1. ESSER, K. in: MACSENAERE, M. et al.: *Handbuch der Hilfen zur Erziehung*. Lambertus-Verlag, 2014, S. 603 ff.

## Tagungsbericht

### Träger und Leiter von Caritas-Werkstätten in NRW und Niedersachsen fokussierten BTHG

Zur Herbsttagung unter dem Motto „Das Bundesteilhabegesetz kommt – was ist zu tun?“ trafen sich Anfang November 65 Mitarbeitende aus Caritas-Werkstätten in Nordrhein-Westfalen (NRW) und Niedersachsen. Traditionell stehen bei der Herbsttagung fachliche Themen im Fokus. So war es 2017 die Entwicklung der Werkstätten vor dem Inkrafttreten des BTHG, aber auch vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Herausforderung „Industrie 4.0“. Dazu gingen die Teilnehmenden miteinander und mit externen Referenten ins Gespräch, unterstützt durch zwei vorlaufende Workshops zu den Konsequenzen des BTHG und zur Umsetzung der ICF in Werkstätten.

Die Veränderungen, die sich aus dem BTHG für die Arbeitsweise der Werkstätten ergeben, sind für die Verantwortlichen bislang noch schwer einzuschätzen. Vor allem wartet man auf die Landesregelungen zur Zuständigkeitserklärung, zur Hilfebedarfsermittlung und auch auf die Landesrahmenverträge.

Fast alle Teilnehmer(innen) gehen wegen der Aufnahmepflicht, des Kündigungsverbots und auch des Wissens um den Personenkreis, der derzeit in den Werkstätten ist, davon aus, dass die Einrichtungen auch in den nächsten Jahren noch existieren und auch noch genügend zu tun haben werden. Andererseits ist eine gewisse Unruhe spürbar, wie sich das Auftreten der sogenannten „anderen Leistungsanbieter“ als neue Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben auswirken wird und in welchen Feldern sie sich betätigen werden. Zum anderen wird die Abkehr des Gesetzgebers von der institutionsbezogenen Betrachtungsweise hin zu der personenzentrierten Ausrichtung Konsequenzen für das Leistungsgeschehen insgesamt haben. Zur Frage neuer Finanzierungsformen gibt es kaum konkrete Vorstellungen.

### Leistungserbringer verlieren Einflussmöglichkeiten

Betrachtet man die Zielsetzung des Gesetzgebers und die Aussagen, die während des Gesetzgebungsverfahrens gemacht wurden, so geht es den Leistungsträgern jetzt vor allem darum, durch eine neue Ausrichtung des Leistungsgeschehens und durch neue Verfahren der Hilfebedarfsermittlung und der Leistungszuerkennung die bisherige Bedeutung der Leistungserbringer zu schwächen. Daher werden die Leistungsträger zukünftig in deutlich stärkerem Maße die Prozessschritte der Klärung, des Assessments und der Serviceplanung in die eigene Hand nehmen. Das Auftreten neuer Leistungsanbieter wird zudem Alternativen bei der Teilhabe am Arbeitsleben schaffen und einen Wettbewerb zwischen den Anbietern eröffnen. Diese neuen Anbieter werden sich vermutlich zunächst im Bereich der beruflichen Bildung einklinken und so den bis dato bedeutsamen Einstieg vieler Menschen mit Behinderung in Richtung der Werkstätten teilweise kapfen. Falls für den bisherigen Fachausschuss die Beratungsbasis entfällt, mindert sich die Möglichkeit der Werkstätten, auf den Ver-

lauf der individuellen Teilhabe am Arbeitsleben und auch auf die Finanzierung dieser Leistungen Einfluss zu nehmen. Es wird schon jetzt erkennbar, dass die Leistungsträger in NRW bezüglich der Einbeziehung der Werkstätten unterschiedliche Wege gehen: Während der Landschaftsverband Rheinland auf die Mitwirkung der Einrichtungen Wert legt, schließt der Landschaftsverband Westfalen-Lippe deren Mitwirken eher aus.

### Den Spannungsbogen überzeugend meistern

Die Umstellung auf die Personenzentrierung hat Folgen: Das Zugangskriterium der „Erwerbsunfähigkeit“ ist zwar nicht entfallen, stattdessen setzt das Gesetz aber auf den individuellen Nachteilsausgleich. Der Zugang zum Rechtsstatus und zu der werkstattspezifischen sozialen Absicherung folgt nicht mehr der Institution, sondern der Person. Gesetzlicher Auftrag ist es, die berufliche Teilhabe zeitgemäß zu realisieren, also so normal wie möglich, in normalen Beziehungen und unter normalen Bedingungen. Die Teilhabe am Arbeitsleben nach Art. 27 der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) fordert dazu vor allem eine Gangbarmachung in Richtung des allgemeinen Arbeitsmarktes. Die zukünftige Arbeitsweise der Werkstätten muss die Menschen mit Behinderung deutlich intensiver in die Leistungserbringung einbeziehen. Es geht um die Umsetzung ihrer Ziele und ihrer Vorstellungen. Der Bogen der Werkstatt-Zielsetzung zwischen individuellem Teilhabeauftrag einerseits und unternehmerischem Produktionsauftrag andererseits wird eine gut nachvollziehbare Leitidee ebenso nötig machen wie eine schlüssige und auch erlebbare Begründung der Rolle der Beschäftigten mit Behinderung. Ein „einfaches Mitwirken“ an Arbeitsprozessen wird künftig nicht mehr als Leistung der individuellen Teilhabe akzeptiert; nötig sind vielmehr eine Konkretisierung und die Fokussierung der Leistungen der Werkstatt auf die individuellen Ziele des Menschen mit Behinderung. An deren Umsetzung wird sich auch die anstehende Wirksamkeitskontrolle orientieren.

Seitens der Werkstatt wird daher ein Bewusstsein benötigt, wie gemeinsam mit dem/der Werkstattbeschäftigten seine/ihre Zielsetzungen umsetzbar wird und wie das Unternehmen die dafür benötigten Prozesse so steuert, dass sie zielgerichtet und wirtschaftlich erbracht werden. Dabei sollte die interne Handlungskette der werkstattbezogenen Leistungsplanung und Leistungserbringung bis zum Wirksamkeitsnachweis schlüssig sein. Die Palette der individuellen Einsatzmöglichkeiten innerhalb des Systems Werkstatt sollte breiter, die Werkstatt zum Verteiler von Arbeitsmöglichkeiten werden.

In einem modular aufgebauten Gesamtsetting sollte die Werkstatt vielfältige Möglichkeiten der Teilhabe anbieten. Diese reichen von der Habilitation und Rehabilitation nach Art. 26 UN-BRK über die klassische Werkstatt mit vielen ausgelagerten Plätzen bis zur Kooperation mit einem Integrationsbetrieb. Die Kooperation mit den Stakeholdern – den Anspruchsgruppen im erweiterten Sinne – in der örtlichen Gemeinde ist zwingend geboten; eine gute Zusammenarbeit

mit örtlichen Firmen wird die Möglichkeit von Tätigkeiten und Vermittlungen erleichtert. Die Leistungserbringung und die Finanzierung des Eingliederungsgeschehens erfordern zukünftig ein deutlich höheres Maß an wirtschaftlicher Steuerung und Steuerungsfähigkeit und zudem ein hohes Maß an Flexibilität.

**Bernward Jacobs**

*CBP – AG Leitung digitale und assistive Teilhabe*

*Kontakt: jacobs2000@t-online.de*

## Aus dem Verband

### Perspektiven von Komplexeinrichtungen vor dem Hintergrund des BTHG

Innerhalb des CBP trifft sich seit mehreren Jahren eine Gruppe Leitungsverantwortlicher aus größeren Caritas-Einrichtungen der Behindertenhilfe, um Fragen, die sie bei der Entwicklung ihrer Einrichtungen zu bearbeiten haben, gemeinsam zu erörtern. Dabei ist allen Beteiligten bewusst, dass gerade historisch gewachsenen, auf mehreren Handlungsfeldern tätigen Trägern durch die und mit der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) neue Herausforderungen bevorstehen. Neben den Fragen, die dabei von allen Trägern Weiterentwicklungen einfordern, wird die bislang vorgehaltene Breite des Leistungsangebotes gerade sogenannte Komplexträger besonders fordern. Ihr Handlungskonzept ist derzeit auf die Vielfalt von Dienstleistungen zugunsten der Menschen mit Behinderung eingestellt und auf eine breite und umfassende Lebensbegleitung der Menschen ausgerichtet. Zwei Linien werden diese Einrichtungen besonders fordern: die Abkehr von einer Leistungs- und Finanzierungsweise, die auf die Institution abstellt, sowie die Abgrenzung, dass der bisher umfassend zuständige Träger der Eingliederungshilfe sich künftig auf die Leistungen und die Finanzierung dieses – dann deutlich enger gefassten – Handlungsbereiches beschränken wird. Bislang gibt es keine sichere Perspektive dafür, nach welchen Kriterien später wie viel an Mitteln für die Leistungen der Einrichtungen bei den Trägern ankommen werden.

Dieser Umstand erfordert es, gerade die finanziellen Risiken, die mit der Umsetzung verbunden sind, in den Blick zu nehmen, Vorbereitungen zu treffen, Gegenstrategien zu erarbeiten und so erkennbare oder sicher eintretende Entwicklungen beherrschbar zu machen.

Es sind maßgeblich vier Themenfelder, die in den Blick genommen werden müssen. Sie werden bislang von der Leitungsebene zumeist gleichwertig bearbeitet:

1. die Eingliederungshilfe mit ihrem fachlichen Konzept als die relevanten Hilfen für Menschen mit Behinderung;
2. die sonstigen Leistungen für Menschen mit Behinderung, die von der Einrichtung erbracht, zukünftig aber nicht mehr über die Eingliederungshilfe finanziert werden;
3. die Verwaltung der Immobilien;
4. die Verwaltung des Standortes.

Das BTHG beschränkt die Pflicht des Trägers der Eingliederungshil-

fe auf die Leistungen, die im Rahmen des Teilhabe- oder Gesamtplanverfahrens dem/der Betroffenen zuerkannt werden. Durch die Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen mit den Leistungserbringern werden der Umfang der fachlichen Leistungen, das erforderliche Personal und auch die benötigten Ressourcen an Sachmitteln und Investitionen festgelegt und – voraussichtlich in den meisten Bundesländern – auf der Basis von Gruppen behinderter Menschen mit vergleichbarem Hilfebedarf verpreislacht.

Die Leistungserbringer brauchen innerhalb ihres Unternehmens ein Instrument, mit dem sie die – ergänzend notwendigen – hausinternen Prozesse des Assessments, der Leistungsplanung und der Leistungserbringung in den Blick nehmen und steuern – dies im Verhältnis zu dem Geld, das der Betroffene für seine Teilhabeleistungen zahlt. Dabei gilt es auch, die rechtlichen Grundlagen für die Leistungserbringung aus dem Blick des BTHG neu zu fassen und auch für die weiteren Leistungen, zum Beispiel die Verpflegung, die medizinische Versorgung oder die Pflege nach SGB XI, mit den Betroffenen entsprechende Verträge vorzubereiten.

### Risiken bei der Immobilien-Refinanzierung

Zu erkennen ist, dass die Refinanzierung der Investitionen der Leistungserbringer sich nach anderen Kategorien ausrichten wird als bislang. So sind bei der sozialen Teilhabe im Bereich Wohnen wesentliche Kosten über die örtlichen Sozialhilfeträger durch Grundsicherungsleistungen zu finanzieren. Basis für eine Forderung sind Wohnraummietverträge, die Einrichtungen mit den Betroffenen als Mieter(innen) vereinbaren. Die Obergrenzen dieser Mietkostenfinanzierung sind gesetzlich festgelegt. Die Miete und die Mietnebenkosten zu berechnen – nach nachvollziehbaren Grundlagen, die den Anforderungen des Wohnungsmietrechts entsprechen – erfordert bei den Leistungserbringern eine neue Fachkompetenz, die im Kern nicht mehr viel mit der Kompetenz für Leistungen der Eingliederungshilfe zu tun hat.

Es ist wahrscheinlich, dass der Umfang der derzeitigen Immobilien und ihrer Kosten das Maß übersteigt, das über die gesamte Zahl der neuen Wohnraum- und sonstiger Mietverträge erwirtschaftet werden kann. Das BTHG räumt die Möglichkeit ein, Mehraufwendungen zusätzlich über die Träger der Eingliederungshilfe zu finanzieren, soweit wegen des Umfangs der Assistenzleistungen ein gesteigerter Wohnraumbedarf besteht. Ein Mehraufwand ist gerechtfertigt, wenn die Träger der Eingliederungshilfe vorher der Baumaßnahme und den dafür angefallenen Aufwendungen zugestimmt haben. Wenn sich Umfang und Aufwand allerdings nur aus der Historie der Einrichtung begründen lassen, werden hier besondere Argumente vonseiten der jeweiligen Einrichtung benötigt. Der Einrichtungsträger sollte den finanziellen Umfang dieses Risikos kennen. Gerade wenn er über Gebäude verfügt, die nicht oder nicht mehr für die Begleitung von Menschen mit Behinderung benötigt werden oder wenn zwischen Aufwand und künftig zu erwartendem Ertrag große

Differenzen liegen, muss eine Strategie entwickelt werden, wie diese aufgefangen werden. Dabei gilt es vor allem, gegebenenfalls neue Nutzungen und neue Nutzer zu gewinnen und mit ihnen zumindest die Aufwendungen zu erwirtschaften, die die Gebäude verursachen. Mindestziel sollte die Erwirtschaftung eines Deckungsbeitrages sein, der die Kosten des Standortes refinanziert.

Die damit verbundenen Umnutzungen benötigen einen eigenen Organisationsentwicklungsprozess. Denn die Öffentlichkeit und die öffentliche Verwaltung sehen den Standort vielfach nur unter dem Aspekt der Hilfen für Menschen mit Behinderung und verengen damit zugleich den Blick auf alternative Handlungsperspektiven. Die wirklichen, drängenden Fragen des Standortes liegen aber nicht im fachlichen Konzept der Eingliederungshilfe, sondern in der Nutzung, der Finanzierbarkeit, der Lebendigkeit und der Perspektive des Ortes!

**Bernward Jacobs**

*Kontakt: jacobs2000@t-online.de*

## Segnung der neuen CBP-Geschäftsstelle

Am 22. November 2017 segnete Caritas-Präsident Prälat Dr. Peter Neher die neuen Geschäftsräume des CBP im zweiten Stock in der Berliner Reinhardtstraße 13. Die Segnung erfolgte im Beisein von Johannes Magin, 1. CBP-Vorsitzender, und von Kolleg(inn)en aus anderen Caritas-Fachverbänden und aus der Zentrale des Deutschen Caritasverbandes. Präsident Neher wünschte dem CBP ein gutes Ankommen in Berlin und eine gute Zusammenarbeit mit allen in Berlin tätigen Caritaskolleg(inn)en.

## Ein Zuhause für alle: Kinderheilstätte Nordkirchen

Große Umzüge haben das Jahr 2017 in der Kinderheilstätte geprägt – denn sie wächst. Zwei neue Wohngruppen sind im Wohnheim entstanden, unter anderem dort, wo bis vor kurzem die Heimleitung untergebracht war.

Schon seit Jahren fällt es auf, in den Wohngruppen und auch in den Schulen: Die Bedürfnisse der Kinder, die in der Kinderheilstätte leben und lernen, haben sich verändert. Vor sechs Jahren entstand aus diesem Grund neben der „Casa Verde“ die zweite Intensiv-Wohngruppe. „Der Bedarf an intensivpädagogischen Plätzen steigt, und die Familien, die sich bei uns melden, stehen unter enormem Druck“, sagt Wohnheimleiterin Jutta Bliener.

Kinder und Jugendliche mit unterschiedlich stark ausgeprägten geistigen Behinderungen, die selbst- oder fremdverletzendes Verhalten zeigen, autistische Verhaltensweisen haben oder Erfahrungen mit Gewalt und Missbrauch machen mussten: Die Reihe der Probleme, die sich auch in einem jungen Leben schon anhäufen können, ist lang. Und all diese Probleme finden Eingang in den Alltag der Kinderheilstätte. Angst- und Zwangsproblematiken, Unruhezustände oder

sexuelle Auffälligkeiten fordern von den Mitarbeitenden einen professionellen Umgang – beispielsweise haben in jüngster Zeit rund 250 Mitarbeitende gezielt Fortbildungen zum Thema „Trauma und Behinderung“ besucht.

Im Wohnheim „Villa Kunterbunt“ sind zwei neue intensivpädagogische Wohngruppen entstanden. Jeweils sieben Jungen und Mädchen wohnen dort. Die Zahl der Intensivplätze in der Kinderheilstätte ist damit von 14 auf 28 gestiegen. Beide Gruppen sind im Erdgeschoss entstanden, damit die Jungen und Mädchen auch unkomplizierten Zugang zum Garten haben.

Die neuen Intensivwohngruppen sind gut durchdacht: säurefeste Böden, verstärkte Fenster und Türen, unzerstörbare Waschbecken. Der finanzielle Aufwand für den Umbau ist erheblich. Die gute Nachricht: Nicht nur der Landschaftsverband Westfalen-Lippe und die Stiftung Wohlfahrtspflege haben ihre Unterstützung zugesagt, auch die RTL-Stiftung ist mit im Boot. Rund 800.000 Euro kosteten der Umbau für die neuen Gruppen und die nötigen Umzüge.

**Hannah Iserloh**

*Kinderheilstätte Nordkirchen*

*Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln*

## Aktion Mensch

Im Gegensatz zu 2015 konnte der Lotteriemarkt nicht an der positiven gesamtwirtschaftlichen Entwicklung partizipieren: Der Gesamtumsatz ist im Vergleich zum Vorjahr um 1,2 Prozent auf 446,1 Millionen Euro leicht gesunken.

Die Caritas hat für Projekte sowie den Auf- und Ausbau von Diensten und Einrichtungen im Jahr 2016 insgesamt eine Zuschusssumme von 25.432.474 Euro erhalten; im Vergleich zum Vorjahr ist die Summe minimal um 0,84 Prozent zurückgegangen. Die Zahl der Anträge (743) blieb gegenüber 2015 (745) aber nahezu gleich. Hiermit wurden im Bereich der katholischen Kirche und der Caritas

- ◆ 196 Anträge für die Förderaktionen „Barrierefreiheit“ und „Noch viel mehr vor“ (2015: 163);
  - ◆ 256 Anträge für Ferienreisen (2015: 284);
  - ◆ 55 Anträge für Fahrzeuge (2015: 45);
  - ◆ 148 Anträge für Projekte und Starthilfen (2015: 123);
  - ◆ 87 Anträge für Investitionen (2015: 130) sowie
  - ◆ ein Modellprojekt Inklusion (2015: 0);
- bewilligt.

Während die Zahl der Anträge und die Gesamtfördersumme weitgehend konstant geblieben sind, gab es bei den einzelnen Förderbereichen erhebliche prozentuale Veränderungen: Signifikant rückläufig waren insbesondere die Förderbereiche Arbeits- und Beschäftigungsprojekte (um 6,4 Prozent) sowie die Arbeits- und Beschäftigungsbetriebe (um 6,1 Prozent). Ebenso verringerte sich der Anteil der Kinder- und Jugendhilfe an der Gesamtfördersumme um 3,4 Prozent. Dagegen stieg der Anteil der „Projekte für Menschen mit

CBP-Kalender			
1. Fachtag BTHG – ausgebucht	7.2.2018	Frankfurt a. M.	Leistungs- und Fachkräfte
Angehörigentag	3.3.2018	Fulda	Angehörige und Betreuer(innen) von Menschen mit Behinderung
2. Fachtag BTHG – ausgebucht	17.4.2018	Frankfurt a. M.	Leistungs- und Fachkräfte
Informationsveranstaltung zur Stiftung Anerkennung und Hilfe, gemeinsam mit DCV, BeB und Diakonie Deutschland	4.6.2018	Fulda	Leistungs- und Fachkräfte, auch gesetzliche Betreuer(innen), Vertreter(innen) von Betreuungsvereinen
Fachtagung „Begleitung am Lebensende“	13./14.6.2018	Berlin	Leistungs- und Fachkräfte, auch aus der Altenhilfe
3. Fachtag BTHG – ausgebucht	18.6.2018	Frankfurt a. M.	Leistungs- und Fachkräfte
4. Fachtag BTHG – ausgebucht	13.9.2018	Frankfurt a. M.	Leistungs- und Fachkräfte
Arbeitsreffen Technische Leitungen	25.–27.9.2018	Frankfurt a. M.	Technische Leitungen der CBP-Mitgliedseinrichtungen
Fachforum: Grenzsetzung und Freiheitsentzug – Herausforderungen in den Hilfen für Menschen mit Mehrfachdiagnosen	24.10.2018	Frankfurt a. M.	Leistungs- und Fachkräfte
5. Fachtag BTHG – ausgebucht	25.10.2018	Frankfurt a. M.	Leistungs- und Fachkräfte
Mitgliederversammlung 2018 CBP e. V.	14./15.11.2018	Berlin	Vertreter(innen) der Mitgliedseinrichtungen

Behinderung und Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten“ erheblich: um 9,5 Prozent. Der Anteil des Förderbereichs „Starthilfe für ambulante Dienste“ wuchs um fünf Prozent.

Bayern mit 25,7 Prozent und Nordrhein-Westfalen mit 21,6 Prozent haben fast die Hälfte der Gesamtfördersumme auf sich vereinigt.

### Förderschwerpunkt für Asylsuchende

Auf die stark steigende Zahl Asylsuchender hatte die Aktion Mensch noch im Jahr 2015 reagiert und Projekte und Aktionen für die Zielgruppe von Flüchtlingen und Asylsuchenden mit in die Förderung aufgenommen. Insgesamt wurden im Bereich der Caritas 23 Vorhaben (2015: neun Anträge) mit einer Zuschusssumme von 2,17 (2015: 1,03) Millionen Euro gefördert.

**Christiane Bopp**

Referentin beim DCV in Freiburg  
Kontakt: [christiane.bopp@caritas.de](mailto:christiane.bopp@caritas.de)

### Schwerpunkt

## Digitale Agenda der Einrichtungen und Dienste

Die UN-Behindertenrechtskonvention hat auch die digitale und technische Teilhabe von Menschen mit Behinderung in den Blick genommen. Maßgeblich in ihrem Artikel 4 bezieht sie dazu ausführlich Stellung und benennt die Vorgaben, die staatlicherseits zu verfolgen sind: „die Staaten verpflichten sich [...] Forschung und Entwicklung für Güter, Dienstleistungen, Geräte und Einrichtungen in universellem Design, wie in Artikel 2 definiert, die den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen mit möglichst geringem Anpassungs- und Kostenaufwand gerecht werden, zu betreiben oder zu fördern, ihre Verfügbarkeit und Nutzung zu fördern und sich bei der Entwicklung von Normen und Richtlinien für

universelles Design einzusetzen; Forschung und Entwicklung für neue Technologien, die für Menschen mit Behinderungen geeignet sind, einschließlich Informations- und Kommunikationstechnologien, Mobilitätshilfen, Geräten und unterstützenden Technologien, zu betreiben oder zu fördern sowie ihre Verfügbarkeit und Nutzung zu fördern und dabei Technologien zu erschwinglichen Kosten den Vorrang zu geben; für Menschen mit Behinderungen zugängliche Informationen über Mobilitätshilfen, Geräte und unterstützende Technologien, einschließlich neuer Technologien, sowie andere Formen von Hilfe, Unterstützungsdiensten und Einrichtungen zur Verfügung zu stellen [...]“.

Die Implementierung digitaler Technologien in den Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe und Psychiatrie betrifft verschiedene Gruppen. Dazu zählen neben den Menschen mit Behinderung die Mitarbeitenden, Trägerverantwortlichen, Angehörigen, die gesetzlichen Betreuer(innen), Kostenträger sowie Technik-Unternehmen. Der Bedarf an einem möglichen Technik-Einsatz muss erkannt, geprüft und unterstützt werden. In den Einrichtungen ist es wichtig, dass entsprechende Übereinkünfte sowohl auf der Leitungsebene als auch von den Mitarbeiter(inne)n und insbesondere von den Nutzer(inne)n gewollt werden.

Es geht dabei um das Ermöglichte gleichberechtigter digitaler Teilhabe. Wunsch- und Wahlrechte sind erst möglich, wenn die entsprechenden Infrastrukturen vorhanden sind. Genauso muss auf allen Ebenen die Bereitschaft vorhanden sein, die notwendigen Bedingungen für die Umsetzung zu schaffen.

Es gilt zu unterscheiden zwischen Hilfsmitteln (medizinische, berufliche oder auch solche zur Mobilität), technischer Infrastruktur (zum Beispiel WLAN), „anderen Hilfsmitteln“ (für soziale Teilhabe) und allgemeinen Teilhabeleistungen. Das Bundesteilhabegesetz stellt ab 2020 für die „anderen“ Hilfsmittel in § 84 SGB IX-neu (in Verbindung mit § 113 Abs. 2 Nr. 8 SGB IX-neu) klar: „Die Leistungen umfassen Hilfsmittel, die erforderlich sind, um eine durch die Behinderung bestehende Einschränkung einer gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auszugleichen. Hierzu gehören insbesondere barrierefreie Computer.“ Fraglich ist, wie weit damit auch der erforderliche Netzzugang und die Bereitstellung barrierefreier Software sowie barrierefreier Schulungskurse und des Schulungsmaterials abgedeckt werden. Gegebenenfalls müssen hier bei Personen mit geringen finanziellen Mitteln ein entsprechend erhöhter Regelbedarf (§ 27a Abs. 4 SGB XII) oder das Bestehen atypischer Mehrbedarf (§ 21 Abs. 6 SGB II) anerkannt werden.

Um die Implementierung technischer und digitaler Assistenzsysteme erfolgreich umzusetzen, sollten Trägerverantwortliche und Fachkräfte folgende Aufgaben gemeinsam anpacken:

- ◆ Fokussieren dieses Themas;
- ◆ Förderung von Know-how;
- ◆ Schaffung der entsprechenden Infrastruktur (zum Beispiel WLAN-Zugang, Bereitstellung barrierefreier Computer);

- ◆ Prüfung leistungsrechtlicher und finanzieller Absicherungen;
- ◆ Prüfung landesspezifischer Heimgesetze;
- ◆ Bereitstellung mehrdimensionaler Ressourcen;
- ◆ Konzeptentwicklung;
- ◆ Stärkung der Partizipation, Empowerment der Nutzer/Klienten;
- ◆ Motivieren und Einbinden Mitarbeitender;
- ◆ Ideenwettbewerbe;
- ◆ Begrenzung von (Missbrauchs-)Risiken, zum Beispiel durch Datenschutz und -sicherheit.

hi

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

## Buchtipps zum Thema

### Digitaler Wandel in der Sozialwirtschaft

Der digitale Wandel lässt sich nicht „weghoffen“, er verändert die Welt der sozialen Dienstleistungen erheblich: Bislang unbekannte Wettbewerber tauchen auf, Klienten und Mitarbeiter stellen veränderte Anforderungen, neue Geschäftsmodelle werden möglich.

Ein neuer Sammelband informiert über Grundlagen und Herausforderungen des digitalen Wandels und stellt strategische Ansätze vor. Er liefert methodisches Know-how, um die eigene Unternehmensstrategie neu zu justieren, digitale Dienstleistungen zu entwickeln oder Geschäftsmodelle zu gestalten.

Die Potenziale von Branchensoftware, Social Media, Big Data, dem Internet der Dinge sowie von Assistenztechnologien werden aufgezeigt.

Beiträge zu digitaler Teilhabe, Arbeitsgestaltung, Datensicherheit und Kompetenzentwicklung in einer digitalisierten Sozialwirtschaft runden den Sammelband ab.

**Kreidenweis, Helmut (Hrsg.): Digitaler Wandel in der Sozialwirtschaft. Grundlagen – Strategien – Praxis. Nomos Verlag, Februar 2018, 250 S., 54 Euro, ISBN 978-3-8487-4252-3.**

## Fort- und Weiterbildung

### Online-Beratung: Angebote für Neueinsteiger ohne oder mit Einarbeitung vor Ort

Für Mitarbeiter(innen), die neu mit der Online-Beratung des Caritas-Portals zu arbeiten beginnen und keine Kolleg(inn)en vor Ort haben, die sie begleitend einlernen können, gibt es das Blended-Learning-Angebot „Kompetent bei der Caritas online beraten“: Es handelt sich um E-Learning per Internet, verbunden mit einem Präsenztage am 17. April 2018 (vgl. [www.fak-caritas.de](http://www.fak-caritas.de), Suchbegriff: „kompetent beraten“). Die Kosten betragen 170 Euro zuzüglich Verpflegung am Präsenztage.

Für Berater(innen), die in die Online-Beratung über das Caritas-Beratungsportal einsteigen und dafür vor Ort Unterstützung und Einarbeitung bekommen, gibt es das reine E-Learning-Angebot „Online für die Online-Beratung“. Ein Einstieg hier ist jederzeit mög-

lich (mehr unter: [www.fak-caritas.de](http://www.fak-caritas.de), Suchbegriff: „Online für Online“. Die Kosten für die Nutzung von sechs Monaten betragen 70 Euro.

FAK

## Menschen im Verband

### Amtswechsel im Vorstand der Regens-Wagner-Stiftungen

Sr. Antonia Stegmiller wurde nach 13 Jahren im Vorstand der Regens-Wagner-Stiftungen in den Ruhestand verabschiedet und Matthias Bühler in das Amt eingeführt.

Seit 1968 war Sr. Antonia Stegmiller bei Regens Wagner tätig. 2004 wurde sie in den Vorstand der Regens-Wagner-Stiftungen, Ressort Finanzen, berufen und war für die Refinanzierung der Angebote für über 8700 Menschen mit Behinderung zuständig. Zu ihrem Aufgabengebiet gehörte zudem die Steuerung der Finanzmittel für die Personalkosten der über 6500 Mitarbeiter(innen) der Regens-Wagner-Stiftungen in Bayern.

## Medientipps

### Neue Rechtsbroschüre lieferbar

Die aktualisierte Broschüre „Rechte von Menschen mit Autismus“ ist ab sofort im Literatur-Shop des Bundesverbandes Autismus Deutschland e.V. zu beziehen unter <http://w3.autismus.de/shop/>

### „Gegen das Vergessen – mit der Geschichte lernen“

Das vom „Kontaktgespräch Psychiatrie“ und der Zeitungsinitiative „Irrturm“ herausgegebene Buch „Gegen das Vergessen – mit der Geschichte lernen. Beiträge zur ‚Euthanasie‘ im Nationalsozialismus und die Bedeutung des Erinnerns für die Gegenwart“ enthält Vorträge, die im Rahmenprogramm von Gedenkveranstaltungen „Gegen das Vergessen: Aus der Geschichte lernen“ in den Jahren 2008 bis 2014 gehalten wurden.

Seit vielen Jahren wird bei diesen Veranstaltungen am ersten Samstag im September der Opfer des Nationalsozialismus gedacht. Die Irrturm-Redaktion hat dabei zu den Menschen, die Opfer von Zwangssterilisationen und der Krankenmorde geworden sind, einen ganz besonderen Bezug; sie steuerte Beiträge von Psychiat-



Bild Brigitte Bunk



Zur Amtsübergabe durch Sr. Antonia Stegmiller (2. v. li.) an Matthias Bühler gratulierten der Vorsitzende des Stiftungsvorstands Rainer Remmele (1. v. li.) und sein Stellvertreter Gerhard Reile (re.) sowie Stiftungsratsvorsitzende Sr. Gerda Friedel.

rie-Erfahrenen bei und übernahm verlegerische und redaktionelle Aufgaben sowie das Layout.

Für eine Schutzgebühr von zehn Euro ist das Buch zu beziehen über: Irrturm, Gröpelinger Heerstr. 246 A, 28237 Bremen, Tel. 04 21/ 3 96 48 08, E-Mail: [irrturm@izsr.de](mailto:irrturm@izsr.de)

Weitere Bestellmöglichkeit: Buchladen im Ostertor in Bremen ([www.buchladen-ostertor.de](http://www.buchladen-ostertor.de)), Tel. 04 21/7 85 28.

## Filmtipps

### „Simpel“ als großes Kino – und Online-Einblicke in ein Wohnhaus der Caritas

Der Kinofilm „Simpel“ mit David Kross und Frederick Lau erzählt die Geschichte von zwei Brüdern, Ben und Barnabas. Die Brüder sind unzertrennlich. Barnabas – er hat eine geistige Behinderung – wird „Simpel“ genannt, er ist 22 Jahre alt. Als die Mutter der Brüder unerwartet stirbt, soll Simpel in einer Einrichtung leben ... Die unerwartete Wendung soll hier nicht verraten werden, aber so viel: Eine herzergreifende Reise zweier sehr unterschiedlicher Menschen beginnt, deren Kraft daraus erwächst, füreinander da zu sein.

Der Film basiert auf dem Roman „Simpel“ der Französin Marie-Aude Murail. Er feierte am 19. Juni 2017 im Wettbewerb des Internationalen Filmfestivals Shanghai seine Weltpremiere. Beim Filmfest Hamburg 2017 wurde der Film für den Art Cinema Award nominiert.

Eine filmische Vorstellung des Wohnhauses Schingsweg der Caritas Lebenswelten GmbH Aachen ist anzusehen unter: [www.caritas-lebenswelten.de/wohnangebote/wohnhaus-schingsweg](http://www.caritas-lebenswelten.de/wohnangebote/wohnhaus-schingsweg)

## NACHGEDACHT



**Dr. Thorsten Hinz**

*Geschäftsführer  
des CBP  
E-Mail: thorsten.  
hinz@caritas.de*

### Selbsttötung: ein Ausblick nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes 2017

In besonderen Ausnahme-situationen sollen Menschen in Deutschland bestimmen dürfen, wie und wann sie sterben wollen.

Das hat das Bundesverwaltungsgericht am 2. März 2017 in Leipzig entschieden. In sogenannten Extremfällen können somit in Deutschland sterbwillige Patient(inn)en – sofern sie ihren Willen frei bilden und danach handeln können – eine tödliche Dosis Betäubungsmittel zum Suizid erhalten (Aktenzeichen: BVerwG 3 C 19.15). Das Verfahren einer schwerkranken Frau hatte es zum Ziel gehabt, diese staatliche Erlaubnis für die Freigabe des tödlichen Medikamentes zu erhalten.

Diese Möglichkeit wurde mit dem Urteil grundsätzlich bejaht. Dies hat seitdem für sehr viel Unruhe und Unverständnis in der politischen, juristischen und fachlichen Welt gesorgt. Die Kirchen und ihre Verbände haben das Urteil zu Recht scharf kritisiert. Hochproblematisch sind vor allem drei Punkte:

- 1) Das Gericht hat mit seinem Urteil eine „extreme Ausnahme-situation“ anerkannt und zugelassen, ohne genauer zu bestimmen, nach welchen Kriterien genau diese definiert werden kann. Zu Recht muss gefürchtet werden, dass künftig die Definition einer entsprechenden „extremen Not- oder Ausnahmesituation“ in die Hand von Gerichten gelegt wird.
- 2) Aus grundrechtlicher Perspektive wurde mit dem Urteil auch der Verfassungsgrundsatz der „Lebenswertindifferenz“ verletzt, indem über die Legitimität und Wertigkeit eines Sterbewunsches entschieden wurde. Nach den nationalsozialistischen Schrecken von Holocaust und „Euthanasie“-Morden hatte sich gerade Deutschland das Ziel gesetzt, dass künftig menschliches Leben nie in irgendeiner Weise, weder quanti-

tativ noch qualitativ, bewertet wird. Jedes menschliche Leben gilt demgemäß nach dem Grundgesetz als gleich wertvoll. Der Staat ist damit nicht berechtigt, entsprechende Auswahlentscheidungen zu treffen.

- 3) Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts kann nicht vom Bundesverfassungsgericht aufgehoben werden. Damit könnte das Urteil verheerende Folgen für die Verwaltungs- und Rechtspraxis nach sich ziehen. Schon jetzt haben viele andere schwerkranke Menschen gleichlautende Anträge gestellt.

Aus Sicht des CBP muss deshalb auch im Jahr 2018 intensiv über das Urteil aus Leipzig diskutiert werden. Der Gesetzgeber ist dringend angefragt, Rechtsklarheit im Wortsinne des Grundgesetzes herzustellen (mit Blick insbesondere auf die Gesetze zur Selbsttötung, zur Suizidassistenten und zu Betäubungsmitteln) und den dafür notwendigen gesellschaftlichen Diskurs zu initiieren. Die Professoren Steffen Augsberg und Peter Dabrock gaben bezüglich des Leipziger Urteils in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung vom 4. Dezember 2017 folgende Empfehlung: „Wie auch immer eine Überwindung der rechtlichen Inkonsistenzen in dieser Frage aussehen mag – angesichts dieser existenziellen Fragen ist abermals in Erinnerung zu rufen, dass sich die Humanität einer Gesellschaft im Umgang mit ihren schwächsten Mitgliedern zeigt. Damit möglichst wenige Menschen einen in persönlich schweren Umständen nachvollziehbaren Selbsttötungsgedanken verwirklichen, müssen Pflege, Palliativtherapien und Hospize rasch ausgebaut und besser ausgestattet werden, vor allem in den ländlichen Räumen. Dieser Ausbau verlangt Geld, politischen Willen und Tatkraft.“

Es gilt auch 2018 gemeinsam wachsam zu bleiben!

Thorsten Hinz

## IMPRESSUM

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

Redaktion: Dr. Thorsten Hinz (hi) (verantwortlich), Janina Bessenich (jb), Antje Ihfeldt, 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 4 20, E-Mail: [rupert.weber@caritas.de](mailto:rupert.weber@caritas.de)

Titelfoto: Fotolia/denys\_kuvaiev

Nachdruck und elektronische Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung.  
Herausgegeben vom CBP e. V. in Freiburg

