



Deutsche
Rentenversicherung

Baden-Württemberg



BAR

Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation



**„WIRKLICH TEILHABEN –
DREI SCHRITTE VOR UND KEINEN ZURÜCK!“**
Zusammenfassung der Veranstaltung
in Stuttgart mit Materialsammlung
vom 19. Oktober 2011



**WIRKLICH TEILHABEN –
DREI SCHRITTE VOR UND KEINEN ZURÜCK!**
ZUSAMMENFASSUNG DER VERANSTALTUNG IN STUTTGART
MIT MATERIALSAMMLUNG
vom 19. Oktober 2011

IMPRESSUM

Herausgeber:

*Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation (BAR) e.V.
Solmsstraße 18,
60486 Frankfurt/Main
Telefon: +49 69 605018-0
Telefax: +49 69 605018-29
info@bar-frankfurt.de
www.bar-frankfurt.de*

*Bildautor und Inhaber der
Fotorechte: Gerd Markowetz*

*Nachdruck nur auszugsweise
mit Quellenangabe gestattet.*

*Frankfurt/Main,
Januar 2012*

ISBN 978-3-943714-00-5

INHALT

<i>Vorwort</i>	6
<i>Programm</i>	7
<i>Zusammenfassung</i>	8
<i>Materialsammlung</i>	14
Begrüßung durch Herrn Hubert Seiter	14
Begrüßung durch Herrn Ingo Nürnberger	17
Begrüßung durch Herrn Gerd Weimer	21
Impulsreferate	26
Impulsreferat – Schwerpunkt 1: Umfassende Bedarfsfeststellung	26
Impulsreferat – Schwerpunkt 2: Gemeinsame Teilhabeplanung	43
Impulsreferat – Schwerpunkt 3: Personenzentrierung, Wunsch- und Wahlrechte	55
Arbeitsforen	63
Arbeitsforum 1	63
Arbeitsforum 2	78
Arbeitsforum 3	88
Botschaften an die Veranstalter	101
Schlussworte	102

Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe – für Menschen mit Behinderung ist das oft ein weit gestecktes und schwer zu erreichendes Ziel. Unterstützt werden sie dabei von den Rehabilitationsträgern durch individuelle, zielgerichtete Leistungen zur Teilhabe. Den persönlichen Bedarf, der für die Leistungen im Einzelnen maßgeblich ist, gilt es frühzeitig zu erkennen und trägerübergreifend festzustellen. Eine umfassende Teilhabeplanung mit den Betroffenen beschreibt den Weg zu diesem Ziel.

Das SGB IX hat mit der Einführung des Wunsch- und Wahlrechts die Weichen hierzu gestellt. Bei der Entscheidung über die Leistungen als auch bei deren Ausführung wird der Mensch mit Behinderung zum zentralen Akteur. Dieser Anspruch wird durch die UN-Behindertenrechtskonvention weiter verstärkt.

„Wirklich teilhaben“ ist für alle Beteiligten eine Herausforderung. Mit dem Motto „Drei Schritte vor und keinen zurück!“ machten die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg und die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) in einer gemeinsamen Fachtagung deutlich, dass sie sich dieser Herausforderung stellen wollen.

Die drei Schwerpunkte „Bedarfsfeststellung“, „Teilhabeplanung“ und „Personenzentrierung“ wurden jeweils mit einem Impulsreferat eingeleitet. In den anschließenden Arbeitsforen wurden diese Themen vertieft diskutiert und Umsetzungsmöglichkeiten vorgestellt und erörtert. Die dabei erarbeiteten Ergebnisse und Aufträge wurden in einer gemeinsamen Abschlussrunde zusammengeführt.

Doch nicht im Reden, sondern im Handeln werden wir unserer Verantwortung gerecht. In diesem Sinne werden die Veranstalter die Umsetzung der Ergebnisse kritisch begleiten und ihre Möglichkeiten nutzen, die handelnden Akteure hierbei tatkräftig zu unterstützen.



Bernd Petri
Geschäftsführer der BAR e.V. –
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

PROGRAMM

Moderation: Claudia Zinke, Paritätischer Gesamtverband

10.30h	Begrüßung Hubert Seiter, Erster Direktor der DRV Baden-Württemberg Ingo Nürnberger, Vorstandsvorsitzender der BAR Gerd Weimer, Beauftragter der Landesregierung Baden-Württemberg für die Belange von Menschen mit Behinderungen	13.00h	Arbeitsforen Forum 1: Schrittweise vom Bedarf zur Leistung Einführung: Dr. Heidrun Metzler, Universität Tübingen Moderation: Prof. Dr. Katja Nebe, Universität Bremen Forum 2: Teilhabeplanung konkret: wie geht's? Einführung: Helmut Hellstern, DRV Baden-Württemberg Moderation: Prof. Dr. Wolfgang Seger, Vorsitzender des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR Forum 3: Mit Wunsch- und Wahlrechten erfolgreich teilhaben Einführung: Gracia Schade, ZSL Mainz e.V. Moderation: Ulrike Mascher, Präsidentin des Sozialverbandes VdK Deutschland
10.45h	Impulsreferate Schwerpunkt 1: Umfassende Bedarfsfeststellung – aller Anfang ist schwer!? Prof. Dr. Katja Nebe, Universität Bremen Schwerpunkt 2: Gemeinsame Teilhabeplanung – mehr als eine Idee!? Prof. Dr. Wolfgang Seger, Vorsitzender des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR Schwerpunkt 3: Personenzentrierung, Wunsch- und Wahlrechte – eine Herausforderung!? Ulrike Mascher, Präsidentin des Sozialverbandes VdK Deutschland	14.30h	Kaffeepause
		15.00h	Kurzpräsentation der Ergebnisse aus den Arbeitsforen
		15.45h	Schlusswort
12.00h	Mittagspause	16.00h	Ende der Veranstaltung

Drei Schritte vor – und ein Blick zurück

Gemeinsam hatten die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und die DRV Baden-Württemberg eingeladen und viele kamen. Mit rund 150 Teilnehmerinnen und Teilnehmern war die gemeinsame Veranstaltung „Wirklich teilhaben – drei Schritte vor und keinen zurück“ ausgebucht. Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe in die Praxis umzusetzen ist auch 10 Jahre nach Inkrafttreten des SGB IX erst recht eine Herausforderung für alle Beteiligten. Dieser stellten sich die Veranstalter ganz bewusst.



Hubert Seiter,
1. Direktor der DRV Baden-Württemberg



Ingo Nürnberger,
alternierender Vorstandsvorsitzender der BAR

Geht nicht – gibt's nicht

„Lösungen müssen dort gesucht werden, wo die Probleme hautnah aufschlagen“, brachte es der Hausherr **Hubert Seiter** auf den Punkt und mit dem Zusatz „Man muss einfach wollen, dann geht fast alles“ beschrieb er nicht nur das Leitbild der DRV Baden-Württemberg. „Wir diskutieren in unserem Haus anders als früher, wir gehen auf unsere Kundinnen und Kunden zu - der hoheitliche Verwaltungsakt ist Vergangenheit.“ Und mit einem Blick auf das Reha-Budget stellt er fest: „Ansprüche müssen erfüllt werden“.

Personenzentrierung als Herausforderung

„Dass es diese Veranstaltung gibt ist auch ein Zeichen der neuen, selbstbewussten BAR“, erklärt **Ingo Nürnberger**. Zentraler Ausgangspunkt sei für ihn die Behindertenrechtskonvention. Diese bilde nicht nur den philosophischen Überbau, sondern auch den rechtlichen Bezugsrahmen. Der Mensch mit Behinderung stehe im Mittelpunkt, seine Person und sein Bedarf. Für die Reha-Träger, die aus der Massenverwaltung kommen, sei dies eine große Herausforderung. „Nicht die vorgehaltenen Angebote dürfen die Leistung bestimmen“, so Ingo Nürnberger, „sondern das, was die Menschen im Einzelfall brauchen und wollen“.

ZUSAMMENFASSUNG

Behindertenrecht ist Menschenrecht

„Stillstand bedeutet Rückschritt, die Zeit ist reif für wirkliche Teilhabe“. Mit diesen Worten griff der Landesbehindertenbeauftragte von Baden-Württemberg, **Gerd Weimer** das Motto der Veranstaltung auf. Über zwei Jahre nach Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention sei es an der Zeit, „für Menschen mit Behinderungen die unteilbaren Menschenrechte und Grundrechte in gleicher Weise zu gewährleisten.“ Es gehe dabei im Kern darum, soziale Autonomie, Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe im Sinne des SGB IX sicher zu stellen.



Gerd Weimer, Beauftragter der Landesregierung Baden-Württemberg für die Belange von Menschen mit Behinderungen



Prof. Dr. Katja Nebe, Universität Bremen

Impulsreferate

Umfassende Bedarfsfeststellung – aller Anfang ist schwer

Prof. Dr. Katja Nebe eröffnete die Impulsreferate. In ihren Ausführungen beschrieb sie zunächst die Ziele der Bedarfsfeststellung und die Herausforderungen, die sich dabei aus den unterschiedlichen Zielen der Träger im gegliederten System ergeben. Grundlage sei das SGB IX, aber auch untergesetzliche Regelungen, z. B. die einschlägigen Gemeinsamen Empfehlungen. Der herausragende Stellenwert von Teilhabeleistungen ergebe sich aus dem in § 8 SGB IX festgeschriebenen Vorrang von Teilhabeleistungen. Dieser beinhalte eine umfassende Ermittlungs- und Beratungspflicht.

Kooperation und Koordination sind Voraussetzung für eine ganzheitliche Leistungserbringung. Nebe verwies auf die Schwierigkeiten, die sich trotz aller gesetzlichen Vorgaben aus verschiedenen Zuständigkeiten und teilweise langen Verfahren für die Betroffenen ergeben. Diese konnten in der Praxis hinsichtlich der Klärung der entscheidungserheblichen sozialmedizinischen Sachverhalte auch nicht durch die konzeptionellen Vorgaben der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ behoben werden. Ihr Vorschlag: trägerübergreifende Begutachtungsstrukturen, z. B. in Gemeinsamen Servicestellen oder durch einen trägerübergreifenden Sozialmedizinischen Dienst.

Gemeinsame Teilhabeplanung – mehr als eine Idee?

Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder Leistungsträger sollen nach dem individuellen Bedarf, funktionsbezogen, nahtlos, wirksam, zügig und einheitlich festgestellt und erbracht werden – soweit die Theorie des SGB IX. In seinem Referat zog **Prof. Dr. Wolfgang Seger** eine eher ernüchternde Bilanz: Gemeinsame Teilhabeplanung scheitert an einer Vielzahl unterschiedlicher Bedarfsfeststellungsverfahren, Mangel an trägerübergreifend abgestimmten Konzepten und Prozessen, fehlender Ausrichtung an der ICF.

Wie könnte eine Lösung aussehen? Ein denkbarer struktureller Lösungsansatz könnte nach Prof. Seger ein trägerübergreifender gemeinsamer Dienstleister sein, der die verschiedenen gesetzlichen Sozialversicherungen wie ein einziges Unternehmen betrachtet. Weitere Optionen: Konzentration der Zuständigkeit auf einen Träger im Sinne einer treuhänderischen Durchführungsübernahme oder Ausbau der Gemeinsamen Servicestellen als selbstständige Organisationseinheiten.



Prof. Dr. Wolfgang Seger,
Vorsitzender des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR



Ulrike Mascher,
Präsidentin des Sozialverbandes VdK Deutschland

Wo bleibt das Wunsch- und Wahlrecht?

Von der Moderatorin **Claudia Zinke** als die „streitbare Präsidentin des VdK“ angekündigt, vertrat **Ulrike Mascher** die Position der betroffenen Menschen im Prozess der Teilhabeplanung. Personenzentrierung verstanden als Prinzip, wie der individuelle Hilfebedarf gemeinsam mit der/dem Leistungsberechtigten ermittelt und ein passendes Hilfpaket organisiert wird – das ist für sie der richtige Weg. Wunsch- und Wahlrechte als Selbstbestimmungsrechte im Reha-Prozess seien die geeigneten Instrumente, damit der personenzentrierte Ansatz gelingen kann. Selbstbestimmung beinhaltet aber auch Eigenverantwortung und aktive Mitwirkung.

Wie sieht die Praxis aus? Erfahrungen des VdK zeigen, dass sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Sozialverwaltungen mit selbstbewussten, informierten Versicherten häufig schwer tun. Wunsch- und Wahlrechte werden nur berücksichtigt, wenn Versicherte sie einfordern. Bei der Entscheidung stehen Kostenfaktoren im Vordergrund. Dabei stellt die Beachtung der Wünsche und des Wahlrechts eine wesentliche Grundlage und die Voraussetzung für eine nachhaltig erfolgreiche Rehabilitation dar. „Im Lichte der Menschen- und Freiheitsrechte der UN-Behindertenrechtskonvention“, so Ulrike Mascher, „stehen Reha-Träger in einem weit größeren Begründungszwang, wenn sie gegen berechnete Wünsche entscheiden“.

Arbeitsforen

Am Nachmittag war Praxis angesagt. In drei Arbeitsforen wurden die Themen aus den Impulsreferaten des Vormittags weitergeführt. Die Aufgabe für alle Beteiligten war dabei klar: Die inhaltliche Diskussion vertiefen und Möglichkeiten für die praktische Umsetzung erörtern. Eingeleitet wurden die Foren jeweils durch ein Einführungsreferat. Themen waren:

- Schrittweise vom Bedarf zur Leistung (Forum 1),
- Teilhabeplanung konkret: wie geht's? (Forum 2),
- Mit Wunsch- und Wahlrechten erfolgreich teilhaben (Forum 3).



Dr. Heidrun Metzler,
Universität Tübingen

Forum 1 Dr. Heidrun Metzler führte in das Forum 1 ein. Sie benannte drei wesentliche Eigenschaften von Bedarf: zielgerichtet, lebensweltlich verankert und individuell. Was dies konkret bedeutet und wie sich Bedarf im zeitlichen Verlauf dynamisch ändern kann, machte sie an Praxisbeispielen fest. Sie forderte dazu auf, nicht zuerst in Leistungskatalogen zu denken, sondern aus einer individuellen – oft lebensweltbezogenen – Sicht des Problems die Betroffenen als Experten in eigener Sache selbst Lösungen entwickeln zu lassen, die dann in Leistungen „übersetzt“ werden könnten.

In der Diskussion fanden die vorgetragenen Statements Zustimmung. Es wurde die Gefahr gesehen, dass Menschen mit Behinderung zu schnell zu einem „Fall“ werden und als „Akte“ enden. Sensibilität sei notwendig, die durch Schulung entwickelt werden kann. Casemanagement-Angebote könnten den individuellen Ansatz fördern. Hierzu fehle im „Massengeschäft“ oft die Zeit. Die Gemeinsame Servicestelle könnte dieses Angebot bereithalten. Frühzeitige Situationsanalyse, Feststellung der Bedarfe und Festlegung der Ziele mit den betroffenen Menschen sowie fundierte Beratung über mögliche Teilhabeleistungen seien die Schlüssel zur Umsetzung von individuellen Bedarfen in individuelle Leistungen.

ZUSAMMENFASSUNG

Forum 2

Mit mehreren Praxisbeispielen führte **Helmut Hellstern** in das Thema des Forums ein. Dabei kam der Gemeinsamen Servicestelle eine zentrale Bedeutung zu. Das Wissen und die fachliche Kompetenz ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bis hin zu Mediatoren-Fähigkeiten bei ausreichender Zeit seien die Erfolgsfaktoren für eine optimale Teilhabeplanung. In dem erforderlichen Netzwerk, insbesondere den runden Tischen der Reha-Träger, müssten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit entsprechender Entscheidungsbefugnis vertreten sein.



Ergebnis der anschließenden Diskussion war das Modell einer Anlaufstelle mit umfassenden Koordinationsaufgaben. Dieser „Lotse“ brauche das Vertrauen aller beteiligten Träger und müsse deren Entscheidungskompetenz respektieren. Voraussetzung sei, dass alle Beteiligten die Hilfe eines Lotsen wünschen. Ein weiteres erfolgversprechendes Instrument könne auch ein „runder Tisch“ sein, bei dem die Interessen der unterschiedlichen Akteure zusammenfließen.

Dem betroffenen Menschen als einem zentralen Player sei mit Respekt zu begegnen. Das betreffe auch die Sprache. In der Konstellation „behördlich“ trifft auf „emotionale Betroffenen-sprache“ sei ein Dialog „auf Augenhöhe“ nur schwer möglich.

Helmut Hellstern,
DRV Baden-Württemberg

Forum 3

Gracia Schade war mit dem Zitat „Wahlmöglichkeiten entstehen dadurch, dass wir uns bewusst werden, was wir wirklich wollen“ gleich mitten im Thema. Die Umsetzung von Wahlmöglichkeiten durch den mit dem SGB IX eingeleiteten Paradigmenwechsel sei auch ein Verdienst der Selbstbestimmt Leben Bewegung. Ein weiterer Aspekt: Begriffe werden unterschiedlich verstanden und müssen daher erklärt werden. Dies gelte auch für die Unterstützung von Menschen mit Lernschwierigkeiten. Selbst bestimmen lassen, leichte Sprache verwenden, Fehler zulassen und die Betroffenen das Tempo vorgeben lassen – das falle in der Hektik des beruflichen Alltags schwer.

Mit Fragestellungen nach notwendigen Veränderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen, Forderungen an Beteiligte, Hindernissen und möglichen Lösungen, leitete Gracia Schade nahtlos in die anschließende Diskussion über.

Dabei traten drei grundlegende Aspekte hervor: kompetente Beratung, Barrierefreiheit sowie Kreativität und Mut zur Veränderung. Kompetente Beratung versetze die Ratsuchenden erst in die Situation, Wünsche zu äußern und Wahlmöglichkeiten wahrzunehmen. Wahlmöglichkeiten hängen auch vom barrierefreien Zugang zu den Leistungen ab.

ZUSAMMENFASSUNG

Und nicht zuletzt: Kreativität sei gefragt – auch in Behörden und Verwaltungen von Leistungsträgern und Leistungserbringern. Gepaart mit dem notwendigen Mut zur Veränderung könne sie eine umfassende Teilhabe ermöglichen.



Gracia Schade,
ZSL Mainz



Bernd Petri,
Geschäftsführer der BAR

Schlussworte

Es gibt nichts Gutes, außer man tut es

Hubert Seiter stellte in seinem Schlusswort auf die vielversprechenden Tagungsergebnisse ab. Sie zeigten, dass die Veranstalter mit diesem Fachgespräch auf einem guten Weg seien. Die BAR forderte er auf, diese Art von Veranstaltungen fortzuführen und die Umsetzung der Ergebnisse voranzutreiben.

Bernd Petri griff diese Steilvorlage auf. Es gibt nichts Gutes außer man tut es – dieses Zitat von Erich Kästner gelte auch für die BAR. Petri: „Wir reden über die Dinge, aber unserer Verantwortung werden wir erst im Tun gerecht. Wir werden von dem, was uns heute ins Stammbuch geschrieben wurde, vieles in unseren Arbeitsauftrag übernehmen“.



Begrüßung durch Herrn Hubert Seiter, erster Direktor der DRV Baden-Württemberg

„Liebe Frau Mascher ganz herzlichen Dank, dass Sie heute Morgen von München zu uns gekommen sind. Als vor 10 Jahren das SGB IX auf den Weg gebracht wurde, haben wir als eine der ersten Aktionen Ihren Vorgänger, Herrn Hirrlinger, hierher eingeladen. Von unterschiedlichen Ausgangspunkten haben wir damals zu einem guten Dialog gefunden und viele Klischees ausräumen können. Es war eine tolle Veranstaltung. Deswegen, ganz herzlichen Dank, dass Sie da sind, Frau Mascher, und den Dialog 10 Jahre später weiterführen.“

Ich mache jetzt einfach weiter mit Frau Zinke. Sie dürfen nachher die Veranstaltung moderieren. Das ist eine der schönsten Aufgaben, die es gibt. Man weiß nie was kommt, hat viel Gestaltungsfreiraum und kann am Schluss zusammenfassen, was einem selber wichtig ist. Das ist die beste Art der Teilnahme an der Diskussion. Vielen Dank, dass Sie sich für dieses dennoch nicht einfache Amt zur Verfügung gestellt haben.

Ich darf Herrn Weimer begrüßen. Herr Weimer ist Beauftragter der Landesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen. Es war schon immer so, dass wir in Baden-Württemberg den Kontakt zur Politik gesucht haben, um gelegentlich die Politik zu sensibilisieren und das sagen zu lassen, was man sich selbst nicht zu sagen traut. Dann braucht man bloß zustimmen, und dann hat's richtig Wirkung. Ganz herzlichen Dank, Herr Weimer, dass Sie da sind und dass wir Sie heute im Laufe des Tages näher kennenlernen.

Vielen Dank auch der BAR. Wir wissen die BAR immer an unserer Seite und sie uns hoffentlich auch. Es ist ja gar nicht so einfach mit solchen übergeordneten Institutionen, die so viel Rücksicht nehmen müssen. Herr Petri, ich bewundere Sie gelegentlich. Ich könnte das im Leben nicht, weil ich einfach zu diplomatisch bin für solche Tätigkeiten. Deswegen freue ich mich ganz besonders, dass Sie heute da sind. Ganz herzlich begrüße ich auch Herrn Nürnberger, den alternierenden Vorstandsvorsitzenden der BAR und selbstverständlich auch Herrn Giraud, der diese Veranstaltung engagiert vorbereitet hat. Ich kann mich gut erinnern, als wir das erste Mal zusammen saßen, Herr Giraud, und wir sagten: MenschensKinder, schon 10 Jahre SGB IX, da müssen wir was draus machen. Das muss mehr sein, als nur eine Veranstaltung. Das muss man in Baden-Württemberg machen, weil die das SGB IX irgendwo im Blut haben.

Ich komme immer ins Schwärmen, wenn ich dieses Gesetz lese, und habe Tränen in den Augen, wenn ich dann die praktische Umsetzung sehe. Wie lustlos sich doch gelegentlich manche diesem Gesetz zuwenden. Aber ich habe gelernt in meinem Berufsleben, das ja auch schon ein paar Jahre währt, dass in Verwaltungen 10 Jahre überhaupt nichts sind. Ich verzweifle gelegentlich, wenn ich daran denke, welche Schwierigkeiten wir haben, die Dinge in vertretbaren Zeiträumen so umzusetzen, dass ich zufrieden bin.

Trotzdem, an anderen Tagen sehe ich auch, wie das SGB IX unglaublich viel in Bewegung gebracht hat. Auch in den Köpfen. Es ist eine andere Kultur entstanden. Damals waren wir noch

eine Verwaltung, die fast ausschließlich in Verwaltungsakt-Kategorien gedacht hat. Heute bequemen wir uns tatsächlich, gelegentlich zu moderieren und Alternativen anzubieten. Wir fragen nach. Ich denke, für Verwaltungen, die Jahrhunderte lang gewohnt waren, hoheitlich zu verfügen

ICH KOMME IMMER INS SCHWÄRMEN, WENN ICH DIESES GESETZ LESE, UND HABE TRÄNEN IN DEN AUGEN, WENN ICH DANN DIE PRAKTISCHE UMSETZUNG SEHE. WIE LUSTLOS SICH DOCH GELEGENTLICH MANCHE DIESEM GESETZ ZUWENDEN.“

und zu entscheiden, ist es ein großer Schritt, sich auf die Art und Weise des Kunden einzulassen. Ich glaube, das ist das alles Entscheidende, da hat sich sehr viel getan. Und ich kann es immer wieder sagen, man darf nicht vor lauter Eifer, vor lauter Freude an so einem Gesetz ins Grübeln kommen. Man soll sich freuen an dem was gelungen ist. Und es ist sehr vieles gelungen.

Wir haben es auch übrigens in der Zeit, in den 10 Jahren geschafft, ein ganz anderes Verhältnis zur Politik aufzubauen. Wir haben tatsächlich, glaube ich, als DRV Baden-Württemberg verstanden, dass wir eben nicht nur Bescheide erstellen, Bewilligungen und gelegentlich Ablehnungen, sondern dass wir tatsächlich im Gespräch sind. Und das ist gut. Es ist nicht immer erfreulich, aber es ist einfach richtig und wichtig, dass man sich das traut, aus seinen Amtsstuben rausgeht, und dorthin geht, wo die Themen hautnah aufschlagen, wo man Lösungen suchen muss. Und es ist ja auch schön, wenn man sich die ganzen Sozialgesetzbücher anschaut. Sie eröffnen unglaubliche Möglichkeiten. Wenn man will, darf sich jeder Reha-Träger als Präventionsträger verstehen. Wenn man Lust hat, darf man bis hin zum Persönlichen Budget alles völlig anders organisieren und machen. Wenn man will - irgendeiner hat gesagt, man muss wollen. Und da hat er absolut Recht. Wenn man will, geht fast alles. Und das bisschen Budgeterhöhung, was wir dringend brauchen, das kriegen wir auch noch hin. Und bis dahin überziehen wir einfach, weil Ansprüche dazu da sind, dass man sie erfüllt. Und dann schauen wir mal, was die Politik daraus macht.

Unsere Aufsicht hat gesagt, na ja, wenn ihr ein paar Millionen mit dem Haushalt über das Budget hinausgeht, das euch eigentlich zusteht, beanstanden wir das nicht. Das ist mutig von einer Aufsicht und ich freue mich darüber, dass sie das getan haben. Es bestärkt einen Geschäftsführer, der seine Führungskräfte bittet, genau in dieser Richtung aktiv zu werden.

Ja, meine Damen und Herren, ich heiße Sie alle zusammen ganz herzlich willkommen. Ich habe so viele bekannte Gesichter gesehen, die ich alle gerne noch namentlich begrüßen würde. Ich würde sogar die meisten kennen, es sind Vertreter der DRV Bund da, von Westfalen, Hessen und

Nord. Das finde ich klasse. Auch das ist schön, wenn man bei der Gelegenheit sieht, dass die Einen in dem Punkt ein bisschen weiter sind und Andere in anderen Punkten. Da gib'ts nicht nur die Einen, die alles können oder Andere die gar nichts können. Mitnichten. Ich glaube, die Rentenversicherung darf sich durchaus mit etwas Stolz auf die Schulter klopfen. Wir sind einer unter wenigen Kostenträgern, der sich freut wenn er Geld ausgeben darf. Das ist ganz selten. Ich weiß aber auch warum. Weil wir diejenigen sind, die letztendlich, wenn es nicht funktioniert, lange zahlen müssen. 18 Jahre Rentenbezugsdauer ist ein Pfund. Da muss man schauen, was möglicherweise Menschen mit Einschränkungen noch alles können. Das ist phänomenal.

UNSERE AUFSICHT HAT GESAGT, NA JA, WENN IHR EIN PAAR MILLIONEN MIT DEM HAUSHALT ÜBER DAS BUDGET HINAUSGEHT, DAS EUCH EIGENTLICH ZUSTEHT, BEANSTANDEN WIR DAS NICHT. DAS IST MUTIG VON EINER AUFSICHT UND ICH FREUE MICH DARÜBER, DASS SIE DAS GETAN HABEN.“

Ich bin derzeit immer noch am Schwärmen von unserer Radtour von Thessaloniki nach Stuttgart, die wir vor zwei bis drei Wochen beendet haben. Man lernt bei solchen Gelegenheiten, ich sag's mal so, sensibel zu helfen. Man lernt aber auch wahrzunehmen, wenn jemand nicht geholfen bekommen möchte, weil er das allein besser kann. Vielleicht ein bisschen langsamer, aber besser. Das sind Erfahrungen, die sind unglaublich. Und so haben wir vieles erlebt. Da gab es Gruppenerlebnisse, wie man miteinander umgehen kann, mehr als sich wahrscheinlich in der Rehabilitation das ganze Jahr an Möglichkeiten ergeben.

Wenn man so den Balkan durchradelt hat, bekommt man aber auch ein Gefühl dafür, wie gut es uns geht. Und wie gut auch unsere Gesundheitseinrichtungen immer noch sind und wofür es sich lohnt zu kämpfen. Und da wird auch klar, dass es sich lohnt, in Menschen mit Handicap Vertrauen zu setzen und zu investieren. Das sind Erfahrungen, die wir dort tagtäglich gemacht haben. Aber jetzt habe ich genug erzählt. Ich darf jetzt Herrn Nürnberger um seine Begrüßungsworte bitten.“

Begrüßung durch Herrn Ingo Nürnberger, Vorstandsvorsitzender der BAR

„Meine Damen und Herren, nach dieser launigen Rede von Herrn Seiter ist es natürlich schwierig, fachlich in diese Veranstaltung einzuführen. Ich darf das für die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) tun, auch im Namen von Herrn Dr. Wuttke, meinem Kollegen im Vorstandsvorsitz, der heute nicht dabei sein kann.

Dass es diese Veranstaltung gibt, ist schon fast ein Zeichen der neuen, auch selbstbewussten BAR, wobei wir mit dem Selbstbewusstsein von Herrn Seiter nie mithalten können. Aber früher hätten wir wahrscheinlich monatelang das Konzept dieser Veranstaltung mit unseren Mitgliedern abgestimmt. Jeder einzelne Referatstitel, jeder einzelne Referent hätte mit all unseren zahlenden Mitgliedern vorher abgestimmt werden müssen.

Da ist offensichtlich heute deutlich mehr Vertrauen da zur Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Und deswegen haben wir das jetzt einfach gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg vorbereitet und ich darf mich dafür ganz herzlich bedanken, dass wir heute bei Ihnen Gast sein dürfen.

Ich darf auch noch mal ganz herzlich den neuen Beauftragten der Landesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen des Landes Baden-Württemberg begrüßen. Ich freue mich, dass Sie da sind und natürlich freue ich mich über die hochkarätigen Referentinnen und Referenten, die wir heute noch hören werden. Und ich freue mich über die zahlreichen Teilnehmer und Teilnehmerinnen hier in Stuttgart.

Ich möchte ein paar Bezugspunkte für unsere Veranstaltung nennen. Wir wollen uns ja heute mit Bedarfsfeststellung beschäftigen, mit Teilhabepflicht und der Personenzentrierung in der Rehabilitation. Ein Bezugspunkt ist schon in der Einladung genannt, nämlich die UN-Behindertenrechtskonvention. Das ist erstens so etwas wie der philosophische Überbau und sollte der philosophische Überbau für die Weiterentwicklung der Rehabilitation insgesamt für die Unterstützung der Menschen mit Behinderung sein. Aber das ist natürlich auch rechtlich ein Rahmen, ein Bezugspunkt für die Arbeit hier in Deutschland. Und eine wichtige Aussage der Behindertenrechtskonvention ist: Der Mensch mit Behinderung steht im Mittelpunkt – der Mensch mit seinen Belangen! Und das ist, wie Sie als Praktikerinnen und Praktiker alle wissen, eine riesige Herausforderung für die Sozialleistungsträger, die aus der Massenverwaltung kommen, die auch mit 100.000en von Fällen pro Jahr zurechtkommen müssen. Und es ist dann eine riesige Herausforderung, die Rehabilitation individueller zu machen und stärker abgestimmt auf das, was die Menschen wirklich brauchen.

Es gibt noch einen weiteren Bezugspunkt – den sogenannten ASMK-Prozess. Das ist die Debatte um die Reform der Eingliederungshilfe, die die Arbeitsgruppe der Arbeits- und Sozialministerkonferenz in Deutschland begonnen hat. Ich glaube, gerade als etablierte Sozialversicherungsträger sollten wir uns mit den Defiziten und der Analyse, die hinter diesem ASMK-Prozess steckt, ganz ernsthaft beschäftigen. Ein Grund für die Veranstaltung heute ist ja, dass es diesen ASMK-Prozess gibt, der die Eingliederungshilfe reformieren soll. Mit einer stärkeren Ausrichtung einerseits auf

die Person, weniger auf die Einrichtungen, die es gibt. Die ASMK, die Arbeits- und Sozialminister, wollen, dass die Teilhabe sich ausrichtet an den Menschen, an der Person. Fachlich ausgedrückt soll es mehr Personenzentrierung und weniger Einrichtungs-zentrierung geben, was schlicht und ergreifend bedeutet, dass weniger die vorgehaltenen Angebote die Leistungen definieren, sondern das, was die Menschen tatsächlich brauchen und wollen.

Ein weiteres Ziel dieses ASMK-Prozesses, und das unterstützen wir ausdrücklich, ist die Teilhabeplanung zur Verbesserung der Fallsteuerung. Diese würden Kommunen und Länder gerne in die eigene Hand nehmen, aber da haben Sozialversicherungsträger und die Sozialpartner natürlich zu Recht Bedenken. Aber der Ansatz, das Ziel ist völlig richtig. Das ist auch ein Auftrag an die Sozialversicherungsträger und Thema dieser Veranstaltung.

Die Diskussion der Arbeits- und Sozialminister hat trägerübergreifende Auswirkungen, über die wir weiter diskutieren müssen und das tun wir auch in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Das heißt aber noch lange nicht, dass wir die Lösungsansätze, die die Arbeits- und Sozialminister des Bundes und der Länder sehen, teilen müssen. Ich glaube, dass es definitiv heute auch mitschwingen wird in unseren Debatten, welche Verbesserungen sich aus der gemeinsamen Analyse ergeben und was wir alternativ als Lösung vorschlagen können.

Wichtig ist für mich und für die BAR: die Lösungen müssen vorrangig im SGB IX gesucht werden und nicht in den Einzelgesetzen. Wir brauchen einen gemeinsamen Rahmen für die Rehabilitation und keine Sonderregelungen in den Sozialgesetzbüchern, auch im Sozialgesetzbuch XII nicht. Und natürlich ist klar, dass auch das SGB IX, das jetzt 10 Jahre alt ist, ein wichtiger Bezugspunkt für die Debatte heute ist.

Die BAR trägt zur Umsetzung des SGB IX unter anderem durch die Gemeinsamen Empfehlungen bei. Auch da ist natürlich Selbstkritik oder zumindest ein kritischer Blick auf das, was man da seit Jahren tut, notwendig und den sollten wir auch wagen. Notwendig sind sehr konkrete Vereinbarungen, die umsetzbar sind, die tatsächlich auch bestimmte Dinge regeln und nicht nur den Konflikten sozusagen aus dem Weg gehen. Was wir brauchen sind umsetzbare, konkrete Vereinbarungen, die vor allem das Ziel der besseren Zusammenarbeit der Träger haben. Wir werden heute bestimmt, zumindest am Rande, über die Gemeinsame Empfehlung zur frühzeitigen Bedarfsfeststellung reden sowie über die Gemeinsame Empfehlung zum Teilhabeplan. Ich glaube, dass die meisten, die diese Gemeinsamen Empfehlungen kennen, wissen, dass diese Empfehlungen durchaus konkreter sein können und müssen, um die Zusammenarbeit zu gestalten.

Also noch einmal kurz zu den Schwerpunkten der Veranstaltung. Wir haben ja in der Einladung versprochen, wir machen in der heutigen Tagung drei Schritte voran. Die Schritte heißen: 1. Bedarfsfeststellung. Das ist der Anfang von Allem in der Rehabilitation. Wer hat Reha-Bedarf und worin besteht er? Und es ist eine Binsenweisheit, die Sie alle kennen: Je früher Bedarfe festgestellt werden, umso effizienter, umso effektiver kann man die Bedarfe auch decken.

Das zweite Thema: Teilhabeplanung. Ich würde das mal so nennen: Erst muss man die Ziele vereinbaren, dann die ersten Schritte gehen und dann auch erst die ersten Euro ausgeben. Und Personenzentrierung als 3. Schritt heißt: individuell planen, die Bedürfnisse berücksichtigen und die Bedarfe konkret und korrekt erfassen. Und wer sich dann mit allen Beteiligten, und das heißt vor allem natürlich mit dem betroffenen Menschen, einig wird, der wird wirklich gute Teilhabe-Ergebnisse erzielen. Und noch einmal: Das ist eine große Herausforderung, was wir hier diskutieren. Weil es hier die Leistungsträger mit ganz vielen Fällen, mit Massen zu tun haben, besteht die Herausforderung darin, die Fälle herauszukristallisieren, um die man sich wirklich sehr umfassend und intensiv kümmern muss - bis hin zu einem echten Fallmanagement. Dazu hören wir Vorträge und dazu können Sie dann alle auch in den Foren mitdiskutieren.

„U

ND WER SICH DANN MIT ALLEN BETEILIGTEN, UND DAS HEISST VOR ALLEM NATÜRLICH MIT DEM BETROFFENEN MENSCHEN, EINIG WIRD, DER WIRD WIRKLICH GUTE TEILHABE-ERGEBNISSE ERZIELEN.“

Ich muss und möchte natürlich auch etwas zum Reha-Budget sagen. Das ist gerade in Baden-Württemberg bestimmt geboten. Das Schöne ist, dass wir hier in der Sache völlig einer Meinung sind, wenn vielleicht auch nicht ganz in dem Optimismus, wie gut die Regelung sein wird, die uns die schwarz-gelbe Regierung bescheren wird. Da ist mein Optimismus nicht ganz so groß. Klar ist, dass die knapper werdenden Ressourcen uns dazu zwingen, Leistungsansprüche effektiv und effizient zu befriedigen. Und das, was wir heute diskutieren, sind Beiträge dazu. Zur Effektivität und Effizienz gehört aber auch, genau hinzuschauen und hinzuhören, was die Betroffenen wirklich wollen.

Aber ganz ohne Zweifel, und das möchte ich an dieser Stelle auch sehr deutlich sagen, müssen wir auch über die finanziellen Rahmenbedingungen sprechen. Das ist nicht nur bei der Rentenversicherung so, das ist genauso auch bei den Krankenversicherungen. Die haben zwar kein Budget, aber da haben wir mittlerweile eine Organisation des Wettbewerbs, die Investitionen in Gesundheit massiv erschwert.

Das geschäftspolitische Ziel von Krankenkassenmanagern muss heute sein, Zusatzbeiträge zu vermeiden. Weil, das ist wie beim Mikado, der Erste der sich bewegt, hat verloren. Und Sie können

beobachten, welche riesigen Probleme die bislang wenigen Krankenkassen haben, die Zusatzbeiträge erheben. Und das führt dann dazu, dass die Krankenkassen bei solchen Leistungen wie Prävention oder Gesundheitsförderung und eben auch bei Rehabilitation, die man steuern kann, weil man Anträge stellen muss, sehr genau hingucken, was notwendig ist und was noch gemacht werden kann und muss. Dieser Wettbewerb, den wir zur Zeit organisieren, ist nicht gut für Prävention und Rehabilitation.

Das zweite ist der „Rehadeckel“ im Bereich der Rentenversicherung. Als Gewerkschaftsvertreter sage ich auch ganz klar, man kann nicht die Rente mit 67 beschließen, aber nicht in die Gesundheit der Menschen investieren wollen. Natürlich bedeuten der demografische Wandel und die Erhöhung des gesetzlichen Rentenalters, dass man in die Gesundheit, insbesondere auch älterer Arbeitnehmer ab 50, investieren muss. Da ist die Rehabilitation natürlich ein ganz wichtiges Aktionsfeld. Und die Dynamisierungsregelung, die sich ja nur an den Löhnen orientiert, reicht da bei Weitem nicht aus. Ich möchte auch ganz offen sagen warum ich so skeptisch bin, dass wir hierzu eine gute Lösung bekommen.

Im „Regierungsdialog Rente“, an dem Frau Mascher sich beteiligt, an dem der Deutsche Gewerkschaftsbund sich beteiligt, an dem sich auch meine Kollegen von den Arbeitgeberverbänden beteiligen, erleben wir bei allen Fragen, dass es offenbar das wichtigste Ziel ist, die Beitragssätze in den Jahren 2012 und 2013 zu senken. Dies führt langfristig dazu, dass die Rente sozusagen wirklich „auf Kante genäht“ ist und dass wir statt üppigen Überschüssen nur noch ein paar Cent in der Kasse finden - als Rücklage.

Aber das scheint offensichtlich das Ziel zu sein. Die Beitragssätze zu senken, weil man damit möglicherweise Wahlen gewinnt. Und in der Tat, ich glaube, da müssen Selbstverwaltung und Hauptamt ganz schön zusammenhalten, dass wir wenigstens eine Öffnung beim Reha-Budget kriegen, damit Sie handlungsfähig bleiben in der Rehabilitation. Das ist unser gemeinsames Ziel, und dafür zu werben, dafür sind auch solche Veranstaltungen wichtig. Deswegen habe ich auch meinen Teil übernommen. Für die Verbesserung der Qualität und Individualisierung in der Rehabilitation muss Geld zur Verfügung stehen, müssen Investitionen getätigt werden und das hat eben auch ganz viel mit dem Reha-Budget als Investition in die Gesundheit der Menschen zu tun. So viel zum Anfang von mir. Ich wünsche uns allen eine spannende Veranstaltung.“

Begrüßung durch Herrn Gerd Weimer, Beauftragter der Landesregierung Baden-Württemberg für die Belange von Menschen mit Behinderung:

„Sehr geehrter Herr Erster Direktor Seiter, sehr geehrter Herr Nürnberger, sehr geehrte Frau Professor Dr. Nebe, sehr geehrter Herr Professor Dr. Seger, sehr geehrte Frau Mascher, sehr geehrte Frau Zinke, meine sehr geehrten Damen und Herren,

herzlichen Dank für die Einladung zur heutigen gemeinsamen Veranstaltung der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in Stuttgart.

Wenn der größte Träger der Rehabilitation im Land und die BAR als bundesweiter Zusammenschluss aller Rehabilitationsträger einladen, muss es um ganz zentrale Fragen der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen gehen. Daher bin ich der Einladung auch gerne gefolgt.

Die heutige Veranstaltung gibt mir die willkommene Gelegenheit, mit Ihnen ins Gespräch zu kommen und Impulse für meine Arbeit als konstruktiv kritischer Begleiter der Landesregierung mitzunehmen. Gemeinsam wollen wir den Blick nach vorne richten und uns mit drei wichtigen Meilensteinen der Selbstbestimmung und Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderungen befassen. Und genau das ist auch für mich als neuem Beauftragten der Landesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen der Maßstab, an dem sich Politik und Gesellschaft messen lassen müssen.

Stillstand bedeutet Rückschritt, dies gilt besonders für den Prozess der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Über zwei Jahre nach In-Krafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention ist die Zeit reif für "wirkliche Teilhabe". Und dies bedeutet zwangsläufig Wandel, Neuausrichtung und Veränderungen im Denken und Handeln.

Wie es das Motto der heutigen Veranstaltung auf den Punkt bringt, geht es darum, mutig nach vorne zu schreiten. Drei Schritte vor und keinen zurück, heißt die Vorgabe für alle Beteiligten.

Ich danke daher den Veranstaltern dieser Tagung, dass Sie die damit verbundenen Herausforderungen mit der heutigen Veranstaltung aufgegriffen haben.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, auch im Amt des Beauftragten der Landesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen hat es Bewegung nach vorne gegeben. Die neue Landesregierung hat die langjährige Forderung der Verbände und Interessenvertretungen der Menschen mit Behinderungen aufgegriffen, und mich zum unabhängigen, nicht weisungsgebundenen und ressortübergreifend tätigen Landesbehindertenbeauftragten bestellt.

Es ist ein Meilenstein für unser Land, dass das Amt an eine Person übertragen wurde, die nicht zugleich auch Mitglied der Regierung ist. Dadurch eröffnen sich für mich neue Chancen und Perspektiven für meine Arbeit. Anders als meine Vorgänger bin ich nicht in die Kabinettsdisziplin eingebunden. Ich kann der Landesregierung ein konstruktiv kritischer, aber wenn es sein muss, auch ein unbequemer Begleiter im Interesse der Menschen mit Behinderungen sein. Neu ist auch, dass ich das Amt ehrenamtlich ausführe, obwohl ich mittlerweile gestehen muss, dass der Arbeitsumfang sicher eher einer hauptamtlichen Tätigkeit entspricht, aber das nehme ich gerne auf mich. Denn ich möchte ein hartnäckiger und versierter Interessenvertreter für Menschen mit Behinderungen sein. Gemeinsam mit Ihnen möchte ich den neuen baden-württembergischen Weg in eine umfassend barrierefreie und inklusive Gesellschaft bahnen.

DAS ZIEL ALLER BEMÜHUNGEN VON HABILITATION UND REHABILITATION BEHINDERTER MENSCHEN WURDE MIT DER UN-BEHINDERTENRECHTSKONVENTION NORMATIV VORGEGEBEN.“

Für all diejenigen, die mich noch nicht persönlich kennen, darf ich zu meiner Person in aller Kürze sagen, dass ich über viele Jahre Erfahrung im politischen und sozial-ehrenamtlichen Bereich verfüge. Unter anderem war ich bis vor Kurzem Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Baden-Württemberg. Dieses Amt habe ich nun aber im Hinblick auf meine Unabhängigkeit abgegeben. Lange Jahre war ich Sozialbürgermeister von Tübingen, der schönen Universitätsstadt am Neckar, sowie Abgeordneter des Landtags von Baden-Württemberg. Dabei hat mich die Politik für Menschen mit Behinderungen über lange Jahre begleitet, so dass ich sehr gerne dieses Amt angenommen habe.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, bereits Jean Fourastie wusste: "Die Zukunft wird so aussehen, wie wir sie gestalten". Mit der heutigen Veranstaltung "Wirklich teilhaben - Drei Schritte vor und keinen zurück!" wollen wir gemeinsam diese Herausforderung annehmen und für die Weiterentwicklung der Rehabilitation Akzente setzen.

Das Ziel aller Bemühungen von Habilitation und Rehabilitation behinderter Menschen wurde mit der UN-Behindertenrechtskonvention normativ vorgegeben. Dabei kann man nicht oft genug betonen, dass es hierbei nicht um Sonderrechte, sondern darum geht, Menschen mit Behinderungen die unteilbaren Menschenrechte und Grundrechte in gleicher Weise zu gewährleisten.

Was für Menschen ohne Handicap gilt, muss endlich auch für Menschen mit Behinderungen ohne Vorbehalte Rechtswirklichkeit werden. Die Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX und den anderen Büchern des Sozialgesetzbuchs sind hierbei wichtige Bausteine. Sie haben im Kern die soziale Autonomie, Selbstbestimmung und die volle und gleichberechtigte Teilhabe zum Ziel.

Den Begriffen Bedarfsfeststellung, Teilhabeplanung und Personenzentrierung kommt hierbei zentrale Bedeutung für die betroffenen Menschen, die Träger der Rehabilitation und die Leistungserbringer zu. In diesen drei Bereichen bzw. Bestandteilen des Prozesses der Rehabilitation finden zentrale Weichenstellungen statt. An dieser Stelle geht es auch darum, Selbstbestimmung aktiv mit Leben zu füllen. Das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten ist eine tragende Säule des SGB IX.

Aber auch bei der Feststellung des individuellen Hilfebedarfs gibt es, nicht nur bei trägerübergreifenden Leistungen, noch zu viele Schnittstellen und Reibungsverluste. Der Teilhabebedarf darf weder von Kreisgrenzen noch von trägerspezifischen Aspekten, sondern nur von dem betroffenen Menschen mit Behinderungen abhängen. Er darf auch nicht von Strukturen abhängig gemacht werden, die das Wunsch und Wahlrecht letztlich negativ beeinflussen können.

Der Mensch muss im Mittelpunkt stehen. Es geht um den Ansatz der Personenzentrierung, um den individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf. Ganz im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention geht es letztlich um das erforderliche Maß der Assistenz, um Teilhabe wirklich zu ermöglichen.

Eine große Herausforderung ist in diesem Zusammenhang auch die Weiterentwicklung der Ein-

„GANZ IM SINNE DER UN-BEHINDERTENRECHTSKONVENTION GEHT ES LETZTLICH UM DAS ERFORDERLICHE MASS DER ASSISTENZ, UM TEILHABE WIRKLICH ZU ERMÖGLICHEN.“

gliederungshilfe. Wie Sie wissen, hat die Arbeits- und Sozialministerkonferenz in den letzten Jahren eine Reihe von einstimmigen Beschlüssen zu den Eckpunkten der anstehenden Reform gefasst. Ein gemeinsames Ziel ist dabei die Entwicklung hin zu einer personenzentrierten Teilhabeleistung. Die individuellen Bedarfe sollen stärker berücksichtigt und das Selbstbestimmungsrecht der Menschen mit Behinderungen beachtet werden. Ziel ist ein durchlässiges und flexibles Hilfesystem. Dabei soll – und ich betone – darf es nicht zu Einschränkungen oder Kürzungen zu Lasten der Leistungsberechtigten Menschen kommen. An der insgesamt angestrebten Kostenneutralität habe ich

allerdings bereits mit Blick auf die allgemeine demografische Entwicklung so meine Zweifel. Auf jeden Fall ist es den Ländern aber gelungen, den Bund dazu zu bewegen, die überfällige Weiterentwicklung endlich in Angriff zu nehmen.

Die bisher geleisteten Vorarbeiten haben dazu eine Reihe von Baustellen identifiziert, die von Arbeitsgruppen bearbeitet werden. So soll bei der Zuordnung von Leistungen systematisch klar unterschieden werden zwischen behinderungsbedingten und nicht behinderungsbedingten Leistungen.

Die Teilhabe am Arbeitsleben soll besser gefördert werden. Zur Werkstatt für behinderte Menschen sollen Beschäftigungsalternativen geschaffen werden. Um die bisherige strikte Trennung von stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen aufzuheben, wird eine Reihe von Änderungen des Vertragsrechts erforderlich sein. Während bisher der Fürsorgegedanke im Mittelpunkt stand, soll der Fokus künftig auf mehr Eigenständigkeit und Selbstbestimmtheit gelegt werden. Angedacht ist auch eine Gesamtsteuerungsverantwortung des Trägers der Sozialhilfe bei der Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung. Dieser soll zum Beispiel eine Gesamtplankonferenz durchführen.

Für den behinderten Mensch würde das den Vorteil bringen, einen einheitlichen Ansprechpartner zu haben.

Soweit mir bekannt ist, brauchen Sie, meine sehr geehrten Damen und Herren, dabei nicht zu befürchten, dass der Sozialhilfeträger künftig an Ihrer Stelle Rentenbescheide erlässt. Dafür soll weiterhin nur die Rentenversicherung zuständig sein. Auch werden keine Doppelstrukturen zu den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation geschaffen.

Der Sozialhilfeträger soll vielmehr die Aufgabe bekommen, alle Kostenträger und den behinderten Menschen an einen Tisch zu bringen, also mehr eine Moderationsfunktion.

Dabei soll zum einen der Hilfebedarf des behinderten Menschen festgestellt werden. Zum anderen soll ermittelt werden, welche Maßnahmen zur Deckung des Hilfebedarfs erforderlich sind und welcher Kostenträger dafür aufkommt. Dies alles soll grundsätzlich in Anwesenheit des behinderten Menschen erfolgen, getreu dem Motto: „Nichts über uns ohne uns“.

Es bleibt auch das erklärte Ziel der Länder, eine angemessene finanzielle Beteiligung des Bundes an den Kosten der Eingliederungshilfe zu erreichen. Allerdings sollte alles vermieden werden, um den wichtigen und richtigen Prozess zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe des lieben Geldes willen vorzeitig zum Erliegen zu bringen. Der Bund hat sich zum Ziel gesetzt, im Jahr 2012 einen ersten Gesetzentwurf vorzulegen.

Es freut mich, dass die neue grün-rote Landesregierung im Koalitionsvertrag vereinbart hat, sich in diesen gemeinsamen Prozess der Länder weiter einzubringen. Denn damit hat sie von Anfang an gezeigt, dass sie bei der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zukunftsgerichtet ist. Ich

bin mir sicher, dass auch vom heutigen Tag wichtige Impulse für die weiteren Diskussionen und Beratungen ausgehen werden.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, wie Sie sehen, geht es bei der "wirklichen Teilhabe" nicht um einmalige Initiativen, sondern um eine nachhaltige Strategie und um einen auf Dauer angelegten Prozess. Für alle Maßnahmen der Rehabilitation und Teilhabe sind das Recht auf Selbstbestimmung, Partizipation, ein umfassender Diskriminierungsschutz für Menschen mit Behinderungen sowie barrierefreie und inklusive Ansätze wichtige Größen.

Und immer müssen wir uns dabei die UN-Behindertenrechtskonvention als Kompass vor Augen halten und bestehende Spielräume in diesem Sinne nutzen. Der heutige Tag bietet vielfältig Raum für den fachlichen und persönlichen Austausch, was das ganz konkret bedeutet. Von den einzelnen Referaten und Arbeitsforen dürfen wir wegweisende Impulse und Anregungen erwarten, wie der umfassende Anspruch nach Inklusion vor dem Hintergrund der Handlungsspielräume des SGB IX in der Rehabilitation weiter vorangebracht werden kann.

Nutzen Sie die heutige Veranstaltung und seien Sie offen für neue Ideen und Ansätze.“

Impulsreferat – Schwerpunkt 1: Umfassende Bedarfsfeststellung – aller Anfang ist schwer!? von Frau Prof. Dr. Katja Nebe, Universität Bremen

Umfassende Bedarfsfeststellung – aller Anfang ist schwer!?

Wirklich teilhaben – Drei Schritte vor und keinen zurück!
Gemeinsame Veranstaltung von BAR u. DRV Baden-Württemberg
Stuttgart, 19.10.2011

Gliederung

- I. Einleitung
- II. Verfahrensregelungen - §§ 10, 14, 15.
- III. Trägerübergreifendes Persönliches Budget
- IV. Einheitliche Begutachtung

I. Einleitung

Ziel der Bedarfsfeststellung:

- selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen, § 1 SGB IX, Art. 3 BRK
 - Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende und volle Teilhabe in allen Lebensbereichen, Art. 26 I BRK
- > Bereitstellung der Sozial- und Teilhabeleistungen durch Feststellung der individuellen Bedürfnisse und darauf gerichtete Entscheidung der Rehabilitationsträger

I. Einleitung

Schwierigkeiten bei der Bedarfsfeststellung:

Infolge des gegliederten Systems und individuell höchst unterschiedlicher Bedarfssituationen

- > verschiedene, oft unklare Zuständigkeiten
- > Nutzen-Effekte nicht immer beim leistenden Träger
- > lange Bewilligungsverfahren
- > Bedarfsermittlung und Leistungskataloge nicht immer an tatsächlicher Teilhabestörung gemäß der ICF (Int. Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) orientiert

Gliederung

- I. Einleitung
- II. Verfahrensregelungen - §§ 10, 14, 15.
- III. Trägerübergreifendes Persönliches Budget
- IV. Einheitliche Begutachtung

Verfahrensregelungen zur Effektivierung

- > Bewältigung der Herausforderungen hinsichtlich der Bedarfsfeststellung:
- durch das gesamte SGB IX an sich, vor allem aber durch §§ 8 bis 15 SGB IX
- darüber hinaus durch untergesetzliche Regelungen, z.B.:
- GE „Begutachtung“ vom 22.3.2004
 - GE „Frühzeitige Bedarfserkennung“ vom 16.12.2004
 - GE „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ vom 22.3.2004
- sowie bspw.
- BudgetV.

§ 8 - Vorrang von Teilhabeleistungen

Im Einzelnen:

Herausragender Stellenwert von Teilhabeleistungen

§ 8 SGB IX -> Vorrang von Teilhabeleistungen

-> Reha-Träger muss vor jeder anderen Sozialleistung Teilhabebedarf prüfen -> ergebnisoffen

-> trägerübergreifende Prüfpflicht, d.h. umfassende Ermittlungs- und Beratungspflicht

-> unabhängig von der eigenen Leistungszuständigkeit

Anlässe: Rentenanträge, Verletztengeld, KG, ArblosenG, Pflegeleistungen

Vorrang von Teilhabeleistungen

Bei der Auslegung von Anträgen:

„Im Zweifel will der Versicherte die ihm günstigste Art der Leistungsgewährung in Anspruch nehmen; ein einmal gestellter Antrag ist also umfassend, d.h. auf alle nach Lage des Falles in Betracht kommenden Leistungen zu prüfen.“ (BSGE 101, 207 Rn. 34).

-> auch nicht als Teilhabeleistung deklarierte Anträge sind als solche auszulegen, wenn die begehrte Leistung als Teilhabeleistung in Betracht kommt

Kooperation und Koordination

Kooperation -> schon nach allg. Grundsätzen: § 96 SGB X

Deutlich **weitergehend**: trägerübergreifende Koordination und ganzheitliche Leistungserbringung

-> so das Prinzip des SGB IX: **§§ 10, 14 SGB IX**

- Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitations-trägers, § 14 SGB IX

- **dessen Verantwortung für koordinierte Leistungserfassung und Leistungsgewährung**

-> Stärkung dieser Grundsätze durch Rechtsprechung

§ 14 SGB IX - Fristen

- **Prüfpflicht** bzgl. Zuständigkeit: 2 Wochen ab Antrag auf Teilhabeleistung

- unverzögliche Weiterleitung bei Unzuständigkeit

- Reha-Bedarfsfeststellung ohne Begutachtung: **drei Wochen ab Antrag**

- wenn Begutachtung erforderlich:

- für **Gutachten selbst 14tätige Frist** (§ 14 V S. 5 SGB IX)

- anschließend innerhalb zwei Wochen Bescheidung

- Rehaträger muss Fristeinholung sicherstellen

-> grundsätzlich: Entscheidung innerhalb 7 Wochen

Umfang der Zuständigkeit nach § 14 II

Hat der erstangegangene Rehabilitationsträger einen Antrag auf Teilhabeleistungen **nicht weitergeleitet**, hat er diesen **nach allen in Betracht kommenden Rechtsgrundlagen für Teilhabeleistungen** unter Beachtung der Voraussetzungen der jeweiligen Leistungsgesetze zu prüfen.

Die Zuständigkeit nach § 14 Abs. 1 und 2 SGB IX gegenüber dem behinderten Menschen ist eine endgültige, ausschließliche und umfassende Zuständigkeit.

(BSG, 20.10.2009, B 5 R 5/07 R, NJW 2010, 2236; zuletzt BSG, 11.5.2011, Rn. 31)

Umfang der Zuständigkeit nach § 14 II

Ist der erstangegangene Träger **unzuständig**, hat er die Leistung... nach den Vorschriften des "eigentlich" zuständigen Leistungsträgers zu erbringen.

Ist **daneben auch ein anderer** Rehabilitationsträger "eigentlich" **zuständig**, ist der erstangegangene Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass die beteiligten Rehabilitationsträger **im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten** die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen.

Die Zuständigkeit erstreckt sich auf alle Rechtsgrundlagen, die überhaupt in dieser Bedarfssituation für behinderte Menschen vorgesehen sind. (BSGE 101, 207 Rn. 30)

Umfang der Zuständigkeit nach § 14 II

Der Antrag darf **nicht** ein zweites Mal weitergeleitet oder zurückgeleitet werden.

Auch dann nicht, wenn die Voraussetzungen für die erste Weiterleitung nicht erfüllt waren. Der zweitangegangene Träger kann sich auch nicht auf rechtsmissbräuchliches Verhalten durch den weiterleitenden Reha-Träger berufen.

Dass die beantragte Leistung nicht in den gesetzlichen Leistungskatalog des zweitangegangenen Trägers fällt, ist für die Anwendung des § 14 SGB IX ohne Bedeutung.
(LSG RPF 16.8.2011, L 5 KR 175/11 B ER)

Umfassende Zuständigkeit

Erstangegangener Leistungsträger

(wer nicht unverzüglich nach 2 Wochen Antrag an vermeintlich zuständ. Reha-Träger weiterleitet)

umfassende Leistungszuständigkeit,
d.h. alle Rechtsgrundlagen in der konkreten Bedarfssituation; auch nach Erlass des VA

Zweitangegangener Leistungsträger

(durch Weiterleitung des erstangegangenen Trägers)

umfassende Leistungszuständigkeit
d.h. alle Rechtsgrundlagen in der konkreten Bedarfssituation;
Ausschluss der Zweitweiter- oder Zurückleitung

Offene Probleme trotz § 14 SGB IX

-> Fehlende Sanktionen für Verfahrensverstöße

Deshalb:

- **einstweiligen Rechtsschutz** nutzen, vgl. LSG Rheinland-Pfalz, 16.08.2011, L 5 KR 175/11 B ER
- bei unbegründeter Fristversäumung durch formell zuständigen Reha-Träger: Ablehnungsandrohung und **Selbstbeschaffung mit Kostenerstattungspflicht**, § 15 Abs. 1
- außerdem **Berichtspflicht** nutzen, § 15 Abs. 2 SGB IX

Flankierend: Trägerübergreifende Kostenerstattung nach § 15 SGB IX

§ 15 Abs. 1 normiert **trägerübergreifend Kostenerstattungsansprüche** für selbstbeschaffte Teilhabeleistungen.

Gesetzgeber wollte mit § 15 SGB IX eine einheitliche Kostenerstattungsregelung für den Bereich der Teilhabeleistungen schaffen.

Rehabilitationsträger iSv § 15 Abs. 1 S. 4 SGB IX ist der zuständige und damit der nach § 14 SGB IX verantwortliche Rehabilitationsträger.

(BSG, 20.10.2009, B 5 R 5/07 R, NJW 2010, 2236)

Zwischenfazit:

Rechtsprechung des BSG stärkt die vom SGB IX beabsichtigte umfassende Bedarfsfeststellung:

- > Beschleunigung bei Zuständigkeitszweifeln
- > Koordinierung bei Zuständigkeiten mehrerer

Problematisch bleibt jedoch: einheitliche Begutachtung

Gliederung

- I. Einleitung
- II. Verfahrensregelungen - §§ 10, 14, 15.
- III. Trägerübergreifendes Persönliches Budget
- IV. Einheitliche Begutachtung

PB – trägerübergreifende Komplexleistung

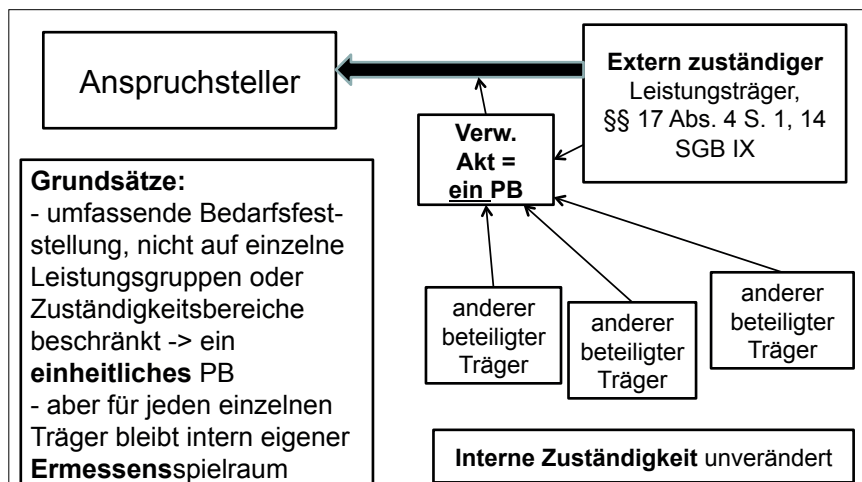
Seit 2008: Anspruch auf PB als trägerübergreifende
Komplexleistung

§ 17 III S. 3 SGB IX:

PB ist auf der Grundlage der nach § 10 I SGB IX
getroffenen Feststellungen so zu bemessen, dass
individuell festgestellter Bedarf gedeckt wird

-> BSG: „umfassendes Prüfprogramm“ und deutliche Rüge
der Rehabilitationsträger zum bisherigen Umgang mit
dem PB (11.05.2011, Rn. 19 und 39 f.)

BSG, 11.5.2011, B 5 R 54/10 R – zum trägerübergreifenden PB



PB – trägerübergreifende Komplexleistung

- **Anspruch** gerichtet auf eine **einheitliche** Geldleistung
- gegen einen einzigen Träger (extern zuständiger Träger)
- aber auf der Grundlage einer **einheitlichen Entscheidung**

(BSG spricht von der „rechtlichen Funktion dieser Gesamtheit“, die von der Entscheidung über mehrere Leistungen im Rahmen von §§ 14, 10 SGB IX außerhalb eines PB zu unterscheiden ist; PB als „verselbständigte Pauschalleistung“)

-> einheitliche Bedarfsfeststellung unverzichtbar

(aktuell: BSG, 11.5.2011, B 5 R 54/10 R, Rn. 32, 33)

Zwischenfazit

Verschiedene Zuständigkeiten und lange Verfahren->

- Schwierigkeiten für die Betroffenen – auf der Grundlage der Rspr. theoretisch mithilfe von §§ 14, 10, 15, 17 SGB IX lösbar
- Anspruch auf trägerübergreifendes PB grds. gestärkt
- Rechtsberatung dahin, dass überhaupt ein Antrag bei einem Reha-Träger/einer Servicestelle gestellt wird
- Trägerübergreifende Koordination – abhängig von den einzelnen Reha-Trägern und den dortigen Mitarbeitern
- Zusätzliche Unterstützung des Betroffenen durch Betreuer oder Pflegeberater (§7a) oder durch Selbsthilfe

Gliederung

- I. Einleitung
- II. Verfahrensregelungen - §§ 10, 14, 15.
- III. Trägerübergreifendes Persönliches Budget
- IV. Einheitliche Begutachtung

Verfahrensgrundsätze bei Bedarfsfeststellung

Amtsermittlung – § 20 SGB X -> alle Umstände des Einzelfalls

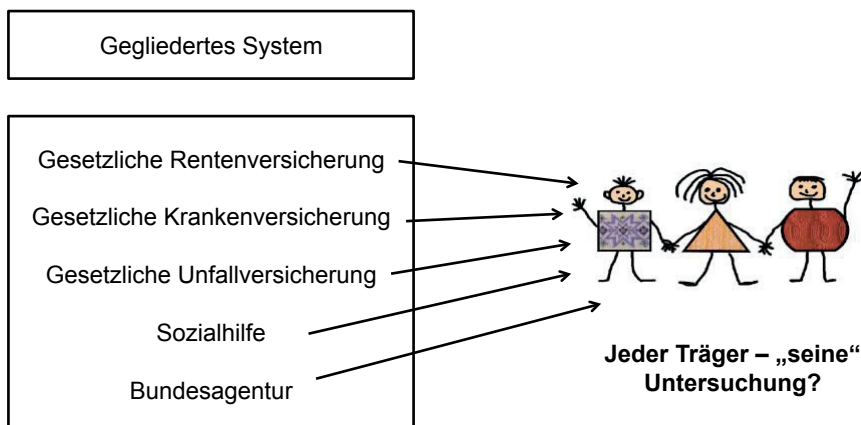
Beweismittel - § 21 SGB X

-> Behörde bedient sich der Beweismittel, die sie für erforderlich halten darf

- Auskünfte jeder Art, d.h. Betroffene, Ärzte, Betreuer, Pflegende, Angehörige, Leistungserbringer
- Sachverständige

-> § 14 Abs. 5 S. 3 SGB IX: Reha-Träger benennt Sachverständige unter Berücksichtigung bestehender sozialmedizinischer Dienste

Herausforderungen für die Bedarfsfeststellung



Form der Bedarfsfeststellung

- > **nach einheitlichen Grundsätzen** (§ 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX)
- Schon § 96 SGB X: Minimierung von Untersuchungen
- > § 14 Abs. 5 S. 6 SGB IX: Gutachterliche Feststellungen sind den Entscheidungen der Reha-Träger zugrunde zu legen -> dies spricht für eine **Bindung sämtlicher Reha-Träger** an diese Feststellung

Problem: bislang nur allgemeine gemeinsame Grundlagen der Bedarfsfeststellung

- > GE „Begutachtung“

Wesentliche Aspekte der GE „Begutachtung“

- Klärung des entscheidungserheblichen sozialmedizinischen Sachverhaltes als Grundlage für Leistungsentscheidung des Reha-Trägers
 - Verwirklichung der Teilhabeziele im Einzelfall, § 4 I Nr. 1 - 4 SGB IX
 - ICF-Konzept
 - Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose im trägerübergreifenden Sinn
- > als allgemeiner Rahmen grds. geeignet, aber...

Probleme/Diskussionen

Trotz der GE: zahlreiche Hindernisse für trägerübergreifende Begutachtung:

- trägerspezifische Institutionen zur Bedarfsfeststellung u. ca. 60 trägerspezifische Begutachtungsverfahren u.ä.
- > Vorschläge: trägerübergreifende Begutachtungsstrukturen (z.B. Gemeinsame Servicestellen oder trägerübergreifender SMD)
- erschwerend aber auch die spezifischen Aufgabenstellungen der Rehabilitationsträger
- Dominanz medizinischer Parameter in den trägerspezifischen Feststellungsverfahren

Probleme/Diskussionen

Unabgestimmte/uneinheitliche Begutachtungsverfahren

- > geht zum Teil mit fehlender ICF-Orientierung einher, da die Praxis zu selten nach den individuellen Teilhabebeeinträchtigungen fragt
- > stärkerer Fokussierung auf die individuellen Besonderheiten auch in der Rspr., z.B. mögliche Hilfebedarfe am Arbeitsplatz (Kritik insoweit an BSG, 11.5.2011, Rn. 47 – angemessene Vorkehrungen unberücksichtigt, sondern nur „betriebsübliche“ Bedingungen) oder individuelle Hilfsmittelbedarfe (Kritik an BSG, 12.8.2009, B 3 KR 11/08 R – versagt Fahrradausflüge Kind-Eltern)

Ausblick

Konzepte zur personenzentrierten und trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung müssen entwickelt bzw. angewandt werden

Orientierung an Standardisierungsdiskussionen aus anderen Rechtsbereichen?

- Pflicht zur Weiterentwicklung der Pflegestandards und der Pflegequalität im SGB XI – Aufgabe der Vertragsparteien (§§ 113a SGB XI)
- Ermittlung gesicherter arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse im Bereich des Arbeitsschutzes durch paritätische Ausschüsse (§ 18 Abs. 2 Nr. 5 ArbSchG)

Ausblick

- Forschungspflichten auch in einzelnen Reha-Leistungsgesetzen bekannt:
- § 9 Abs. 8 SGB VII -> Mitwirkung der GUV an der Erforschung medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse zu Berufskrankheiten
- Forschungsförderung durch die GRV, § 31 I Nr. 5 SGB VI
- > vergleichbar Erweiterung des SGB XI um die Pflicht aller Reha-Träger, gemeinsame Kriterien zur trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung zu entwickeln
(Beck/Giraud/Petri, Die Rehabilitation 2011; 50: 16)

Fundstellen

- Beck/Giraud/Petri, Die Rehabilitation 2011; 50: 16.
- Gagel, Beitrag 2 und 3/2009 in Forum A, Diskussionsforum unter www.reha-recht.de
- Mittag/Jäckel, Die Rehabilitation 2011; 50: 4.
- Ulrich, SGB 2008, 452.
- Welti, Die Rehabilitation 2011; 50: 11.

...

IMPULSREFERATE



Blick ins Plenum

Impulsreferat – Schwerpunkt 2: Gemeinsame Teilhabeplanung – mehr als eine Idee!? von Herrn Prof. Dr. Wolfgang Seger,
Vorsitzender des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR

Gemeinsame Teilhabeplanung -mehr als eine Idee?-

Wolfgang Seger

Stuttgart 19. Oktober 2011

1

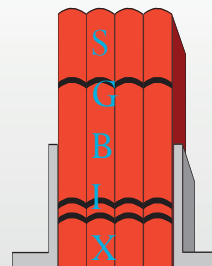
Prof. Wolfgang Seger

Anknüpfungstatsachen

§§10 – 13, 23 SGB IX

...soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Leistungsträger erforderlich sind...sollen sie

- nach dem **individuellen Bedarf, funktionsbezogen,**
- **nahtlos,**
- **wirksam,**
- **zügig,**
- **und einheitlich** festgestellt und erbracht werden,
- Begutachtungen sollen nach **einheitlichen Grundsätzen** durchgeführt werden,
- gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung der **Zusammenarbeit** vereinbart und
- unter Nutzung bestehender Strukturen **gemeinsame Servicestellen** eingerichtet werden.



2

Prof. Wolfgang Seger

Trägerübergreifende Empfehlungen

BAR-Empfehlungen:

- GE Zuständigkeitsklärung
- GE Einheitlichkeit / Nahtlosigkeit
- GE Teilhabeplan
- GE Qualitätssicherung
- GE Begutachtung
- GE Verbesserung der Information und Kooperation
- GE Frühzeitige Bedarfsplanung
- GE Selbsthilfe, Prävention, Integrationsdienste, Sozialdienste, Unterstützte Beschäftigung



3

Prof. Wolfgang Seger

Anknüpfungstatsachen

Erster Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zur Behindertenrechtskonvention



➤ ...Die Träger haben auch eine Verpflichtung, Menschen mit Behinderungen **trägerübergreifend zu informieren und zu unterstützen**. Diese Beratung wird in etwa 500 Gemeinsamen Servicestellen angeboten ...

➤ ...wird auch ein einheitliches und umfassendes Verfahren zur Teilhabeplanung diskutiert, in dem der individuelle Bedarf im Einzelfall **umfassend und trägerübergreifend** ermittelt wird



4

Prof. Wolfgang Seger

Anknüpfungstatsachen

Anregungen und Hinweise aus Veröffentlichungen:

- Vereinheitlichung des Teilhaberechtes (SGB IX) mit resultierender Verpflichtung zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit (**Kooperation und Koordination**)
- Beendigung der großen Zahl **unterschiedlicher Bedarfsfeststellungsverfahren und –maßstäbe** im gegliederten System (§10 SGB IX)
- Vielzahl von Verfahren, jedoch **Mangel an trägerübergreifend abgestimmten Konzepten und Prozessen**
- Trägerübergreifende Erhebung und Feststellung von Bedarf durch **konzeptionelle Ausrichtung an der ICF**



5

Prof. Wolfgang Seger

Anknüpfungstatsachen

Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur beim BMAS

zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland, u.a.

- Fehlende Transparenz
- Weit verbreitete Unkenntnis
- Wenig Koordination
- Zeitverzögerungen
- Fehlende Kompetenz
- Keine klaren Zuständigkeiten

6

Prof. Wolfgang Seger

Anknüpfungstatsachen

Diskrepanz in der Beurteilung und Bewertung der Lage bei Leistungsträgern, –erbringern und Betroffenen

- Welche Interessen haben Vorrang, die der Leistungsträger oder die der Leistungsberechtigten?
- Bedarfsfeststellung primär als Teil des Verwaltungsverfahrens oder für den Versicherten?
- Nebeneinander unterschiedlicher Planungsinstrumente, Individueller trägerübergreifender Teilhabeplan oder trägerspezifische Planungen ? (z.B. Gesamtplan der Sozialhilfe, Versorgungsplan der Pflegeversicherung)
- Wie werden der Amtsermittlungsgrundsatz und Kooperationsgrundsatz gelebt?
- Besteht überhaupt ein großes Interesse bei Leistungsträgern und Leistungserbringern zur Transparenz?

7

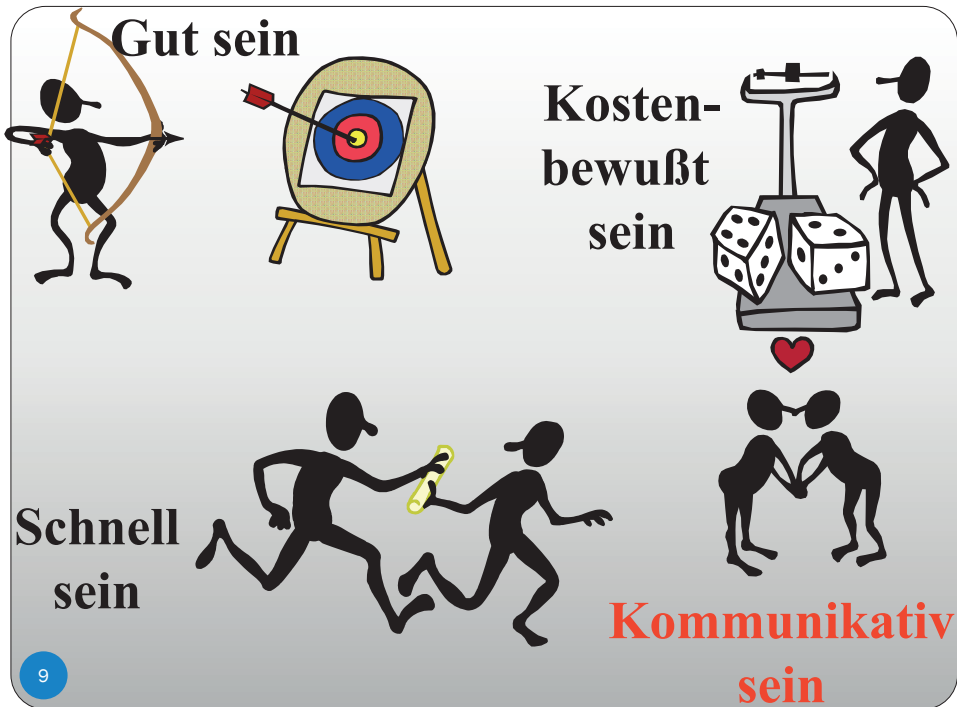
Prof. Wolfgang Seger

Anknüpfungstatsachen

- **BAR-Projekt „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“ (zur Optimierung von Effektivität und Effizienz), u.a.**
 - Notwendige Abstimmung von Begrifflichkeiten
 - Größere Transparenz bezüglich interner Abläufe
 - Verbesserte Kommunikation
 - Abstimmung der Schnittstellen
 - Prozessbenchmarking
 - Good-Practice-Beispiele der trägerübergreifenden Zusammenarbeit,
- **BAR-trägerübergreifende Arbeitsgruppe „Schnittstellen in der Rehabilitation“** (...zur Verbesserung der Zusammenarbeit, Gewährleistung effektiver Kooperation und Koordinationsstrukturen zwischen den Rehabilitationsträgern, ...)

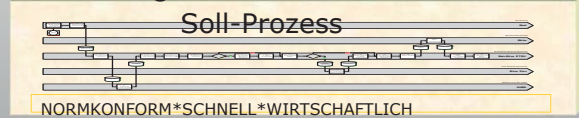
8

Prof. Wolfgang Seger



Welcher Impuls ginge von einer externen Beratungsgesellschaft aus, wenn sie

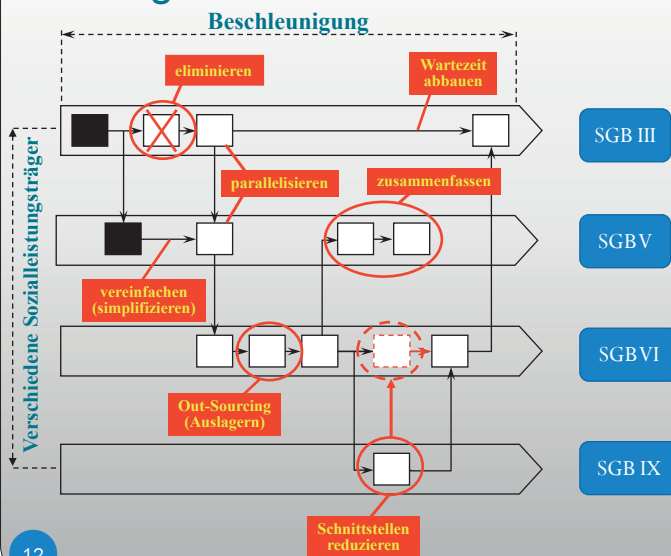
- die verschiedenen gesetzlichen Sozialversicherungen wie ein einziges Unternehmen betrachtet,
- die vielen (versicherungintern optimierten) Prozesse trägerübergreifend übereinander legt,
- nach Flexibilitäts- und Effizienzreserven suchen soll,
- zwischen Kern- und Unterstützungsprozessen unterscheidet,
- einen einzigen trägerübergreifenden Sollprozess beschreibt und darauf aufbauend
- eine prozessorientierte Organisationsstruktur sucht



11

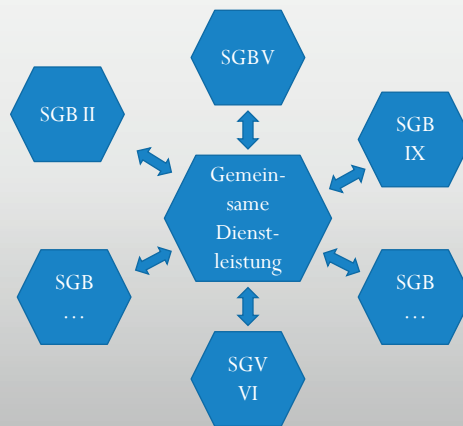
Prof. Wolfgang Seger

Ansatzpunkte zur Gestaltung von träger-übergreifenden Sozial- / Geschäftsprozessen



12

Personenzentrierte gemeinsame Dienstleistungen



13

Prof. Wolfgang Seger

Machbarkeit?!

§17 SGB IX (1):

Der zuständige Leistungsträger kann Leistungen zur Teilhabe *(auch für Bedarfsfeststellung?)*

- 1... allein oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern,
- 2... durch andere Leistungsträger oder
- 3... unter Inanspruchnahme von geeigneten, insbesondere auch freien und gemeinnützigen oder privaten Rehabilitationsdiensten und –einrichtungen
- ...ausführen
(auch andere Dienste?)

14

Prof. Wolfgang Seger

Ziele für eine Personenzentrierte, trägerübergreifende Bedarfserhebung und ggf. Leistungssystematik *aus Trägersicht*

Wird es durch eine Zusammenführung zu einer trägerübergreifenden gemeinsamen Dienstleistung gelingen,

- unter Beachtung Normen des SGB IX als Maxime des Handelns (Einheitlichkeit, Nahtlosigkeit und Zügigkeit) von der angebots- zur personenzentrierten Bedarfserhebung, Planung und Koordination über zuständige Gesetzbücher hinweg zu gelangen?
- durch regionale Nähe einer gemeinsamen Dienstleistung zu den Betroffenen die Chancen für eine zielgruppenspezifische
 - Information, Kommunikation, Kooperation zu steigern, die Inklusion zu fördern?
 - die regionalen Kompetenzen der Leistungserbringer einzubeziehen und zu vernetzen, eine wohnortnahe Strukturförderung zu unterstützen?
 - sektorenübergreifende Leistungs- und Vergütungsform zu entwickeln?
- ohne in Kompetenzen und Zuständigkeiten des gegliederten staatlichen Gesundheitswesens einzugreifen?
- und zugleich möglichst Personal- und Finanzressourcen der „administrativen“ Vorgänge zu erschließen?

15

Prof. Wolfgang Seger

Ziele und Anforderungen *aus Organisationssicht*

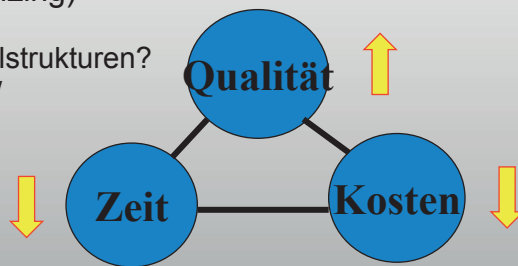
- Prozesssteuerung
 - Wird eine Verbesserung der Steuerung erzielt?
 - Bleibt die Wirkungsorientierung erhalten oder wird sie verbessert?
- Management mit Komplexitätskapazität
 - Mindestens soviel Komplexität in der Systemsteuerung , wie das System selbst hat
 - Hohe Anforderungen an Prozesssteuerung (z.B. Zugang, Übergang med. / berufliche Reha, Planung und Umsetzung der Leistung zur Teilhabe, Übergang in Arbeitswelt)
 - Systemmanagement mit nahtloser Sicherstellung der Leistungen auf Basis von Kooperations- und Rahmenvereinbarungen

16

Prof. Wolfgang Seger

Ziele und Anforderungen aus Organisationssicht

- Qualität der trägerübergreifenden Teilhabeplanung
 - Kompetenz der Experten?
- Zügigkeit
 - Bearbeitungsgeschwindigkeit?
- Wirtschaftliche Leistungserbringung individualisierter Prozesse (mass customizing)
 - Ressourcenbindung?
 - Vermeidung von Parallelstrukturen?
 - Schnittstellenerhöhung / -minderung?



17

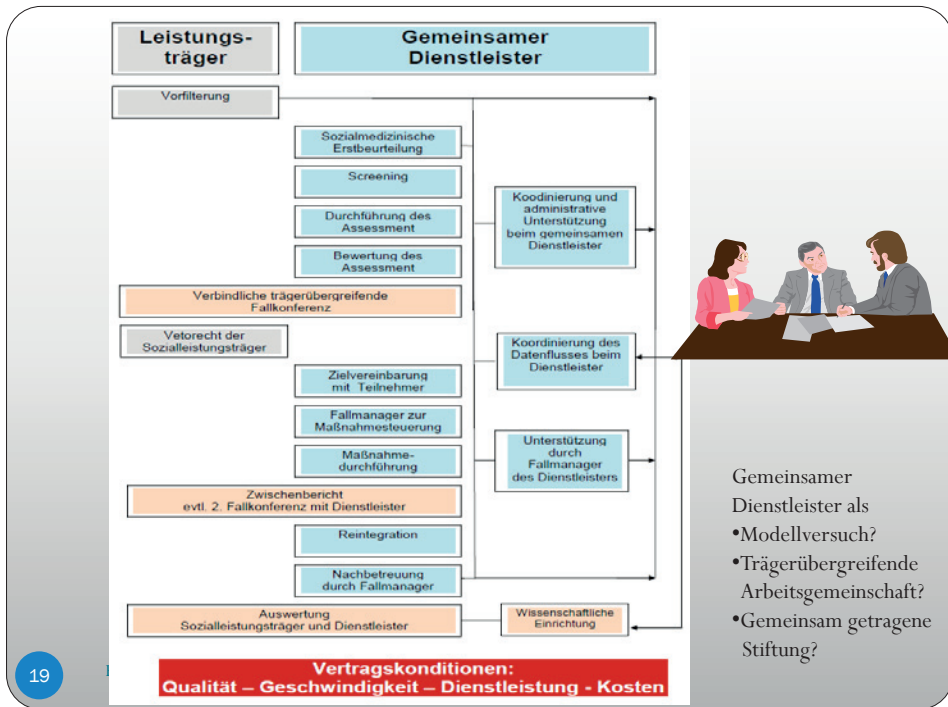
Prof. Wolfgang Seger

Strukturelle Lösungsansätze

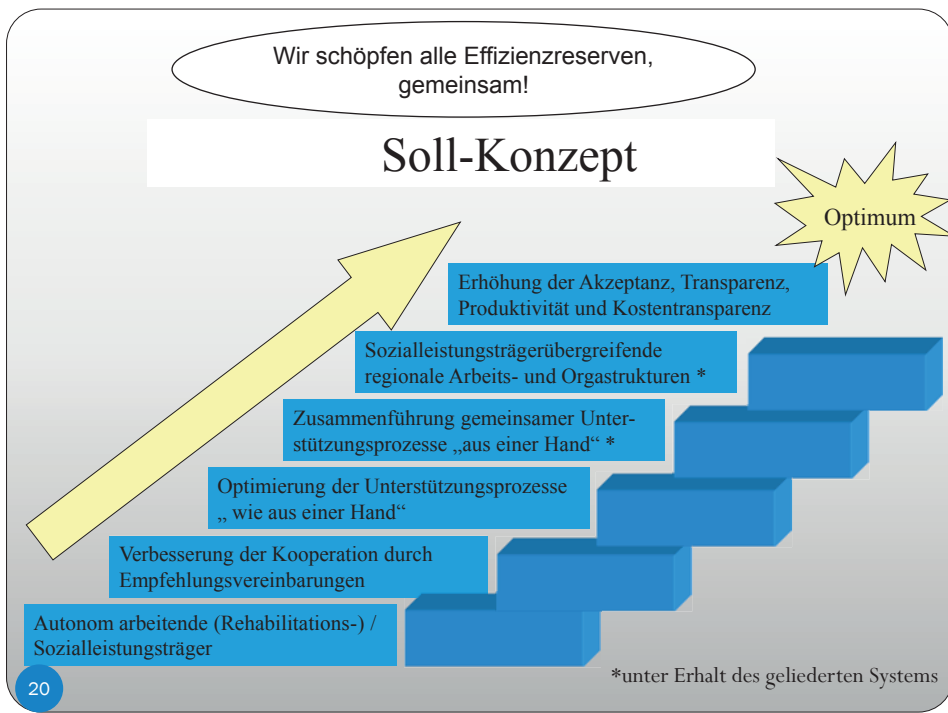
- Konzentration der Zuständigkeit auf einen Träger i.S.e. treuhänderischen Durchführungsübernahme
 - Positiv: weniger Schnittstellen, größere Transparenz, Prozess „aus einer Hand“
 - Negativ: je größer der Träger umso schwieriger der Aufbau von verlässlichen Kooperationsbeziehungen, Gefahr des Verlustes individueller Ansprüche bei Wegfall spezifischer Kompetenzen anderer Träger
- Gemeinsame Servicestellen als selbständige Organisationseinheiten (z.B. hauptamtliches Personal mit eigener Infrastruktur, ergebnisorientierte Zielvereinbarung), (Rehafutur)
- Verselbständigung aller Servicestellen, finanziert über eine ergebnisorientierte Umlage, (Rehafutur)
- Gemeinsamer trägerübergreifender Dienstleister als Modellversuch (Cave, wenn zugleich Leistungserbringer), trägerübergreifende Arbeitsgemeinschaft oder Stiftung

18

Prof. Wolfgang Seger



19



20

„Nicht weil es schwer ist, wagen wir es nicht, sondern weil wir es nicht wagen, ist es schwierig.“

Lucius Annaeus Seneca

"Ich kann, weil ich will, was ich muss.,"

Kant

21

Prof. Wolfgang Seger



22

Prof. Wolfgang Seger

IMPULSREFERATE



Ausführliche Notizen

Impulsreferat – Schwerpunkt 3:

Personenzentrierung, Wunsch- und Wahlrechte – eine Herausforderung!?

von Frau Ulrike Mascher, Präsidentin des Sozialverbandes VdK Deutschland

„Meine Aufgabe ist, für die weitere Arbeit in den Workshops Impulse zu geben, wie mit Wunsch- und Wahlrechten eine erfolgreiche Teilhabe befördert werden kann.“

Personenzentrierung, Wunsch- und Wahlrechte sind auch 10 Jahre nach dem SGB IX und 2 Jahre nach Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) immer noch eine Herausforderung, und zwar nicht nur für Juristen.

Was bedeuten diese Begriffe?

Personenzentrierung ist ein wesentlicher Eckpunkt in der aktuellen Diskussion um die Reform der Eingliederungshilfe. Die Teilhabeleistungen sollen nicht mehr einrichtungsorientiert sein, sondern personenorientiert erfolgen. Nach Auffassung des VdK kann man aber nur Einrichtungsstrukturen abschaffen und durch personenorientierte Unterstützungsleistungen ersetzen, wenn parallel auch der inklusive Sozialraum mit seinen Unterstützungsstrukturen besteht. Dazu gehören Barrierefreiheit, ehrenamtliche Strukturen, wohnortnahe Begegnungs- und Beratungsstrukturen, eine Vielfalt von Wohnformen, Fachdienste zur Sicherstellung der Versorgung und zur Erbringung der fachlichen Leistungen sowie Netzwerkstrukturen und familiäre Strukturen. Davon sind wir aber noch weit entfernt.

Im Leistungsgeschehen ist Personenzentrierung ein Prinzip, wie Bedarfe ermittelt und Leistungen organisiert und sortiert werden. Beim personenzentrierten Ansatz geht es darum, mit dem Leistungsberechtigten gemeinsam den individuellen Hilfebedarf festzustellen und dann ein passendes Hilfspaket unter Beachtung des gewohnten Lebensumfeldes und unter Bedingungen, wie sie für alle Bürgerinnen und Bürger gelten, zu organisieren. Aus Sicht des VdK ist dies genau der richtige Weg.

Wenn man Personenzentrierung in einem Verwaltungsverfahren organisieren will, ergeben sich eine Vielzahl von Fragen, z. B. inwieweit dürfen Leistungsberechtigte bei der Feststellung des Hilfebedarfs und der Festlegung und Organisation des Hilfspaketes mitwirken?

Im Reha-Prozess sind Wunsch- und Wahlrechte Selbstbestimmungsrechte. Sie sind damit die geeigneten Instrumente, damit der personenzentrierte Ansatz gelingen kann.

Wie sieht nun die Praxis aus Sicht des VdK aus?

Vielfach wird von den Reha-Trägern beklagt, dass Betroffene mit hohen und zum Teil zu hohen oder unrealistischen Erwartungen Anträge stellen. Darüber muss man sich aber nicht wundern. Viele Erwartungen werden durch Sonntagsreden von Politikern geweckt. Ich verweise hier auf die öffentliche Diskussion über das persönliche Budget und die UN-BRK. Allerdings kann man reali-

stische Wünsche nur äußern, wenn man seine Rechte, Entwicklungsperspektiven und Handlungsalternativen überhaupt kennt. Mangels Informationen sind viele froh, wenn sie überhaupt eine Reha-Maßnahme bewilligt bekommen.

In der beruflichen Rehabilitation fehlt es vielfach an bedarfsgerechten, insbesondere altersgerechten „passgenauen“ Angeboten. In der medizinischen Rehabilitation gibt es Defizite im ambulanten und teilstationären Bereich.

Mit Wunsch- und Wahlrechten tun sich aber auch Mitarbeiter in den Sozialverwaltungen häufig schwer. Eine aktuelle Studie der Universität zu Lübeck und der Hochschule Neubrandenburg kam zum Ergebnis, dass die Träger der medizinischen Rehabilitation das Wunsch- und Wahlrecht in ihren Beratungen nur berücksichtigen, wenn Versicherte es einfordern. Sie weisen jedoch nicht auf dieses Recht hin und ermutigen dazu. Es hängt damit von der Eigeninitiative des Betroffenen ab, ob Wünsche berücksichtigt werden. Bei der Entscheidung über Wünsche würde der Kostenfaktor im Vordergrund stehen. Insbesondere werden trägereigene oder Vertragskliniken bevorzugt, auch wenn eine andere Einrichtung gewünscht wurde.

Diese Ergebnisse decken sich mit den Erfahrungen in den VdK-Beratungsstellen. Häufig erleben wir, dass selbst bei erkennbarem Reha-Bedarf nicht auf diese Leistungen hingewiesen wird. Besonders hapert es beim Übergang von der medizinischen in die berufliche Rehabilitation. Vielen Abschlussberichten trägereigener Kliniken ist zu entnehmen, dass auch bei erheblichen Leistungseinschränkungen der Frage nach den beruflichen Perspektiven, inwieweit die Rückkehr an den Arbeitsplatz erleichtert werden kann, überhaupt nicht nachgegangen wurde. Viele berichten, dass sie bis zur Aussteuerung aus dem Krankengeldbezug nichts von Reha-Möglichkeiten erfahren haben. Die Feststellung des MDK, dass die bisherige Berufstätigkeit behinderungs- oder krankheitsbedingt nicht mehr ausgeübt werden kann, legt doch eigentlich einen möglichen Reha-Bedarf nahe. Stattdessen wird von Krankenkassen bei Krankengeldbezug empfohlen, Arbeitslosengeld oder gleich Erwerbsminderungsrente zu beantragen. Die Rentenversicherung kommt dann zu dem Ergebnis, dass noch ein 6-stündiges Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt besteht und sieht diese Menschen ebenfalls als Vermittlungsfälle für Arbeitsagenturen und Jobcenter an. Auch bei den SGB-II-Trägern wird häufig Reha-Bedarf überhaupt nicht erkannt. Wenn dies der Fall ist, geht es um rasche Vermittlung bzw. um die Beendigung des Leistungsbezugs und nicht um die Eröffnung von fairen und realistischen Chancen und langfristigen Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt. Andere Gründe, warum nicht auf das Wunsch- und Wahlrecht hingewiesen wird, liegen wohl darin, dass

- selbstbewusste und informierte Versicherte durchaus eine Herausforderung für den Berater sein können,
- Berater ihrem Versicherten eine Mitgestaltung intellektuell nicht zutrauen oder
- aus der Mentalität handeln, selbst am besten zu wissen, was für den Versicherten gut ist.

Vor diesem Hintergrund bin ich dankbar, dass sich die BAR dieses Themas annimmt.

Welche Bedeutung haben Wunsch- und Wahlrechte im Rehabilitationsprozess?

Nach meiner Überzeugung sind Personenzentrierung und die Beachtung von Wunsch- und Wahlrechten die wesentliche Grundlage und die Voraussetzung für eine nachhaltig erfolgreiche Rehabilitation.

Denn

- behinderte, chronisch kranke Menschen sind in der Regel Experten in eigener Sache. Dies wollen sie auf Augenhöhe in den Reha-Prozess einbringen und berücksichtigt wissen.
- die Überwindung der Folgen einer schwerwiegenden Behinderung, wie etwa in der Situation nach einem schweren Schlaganfall, erfordert große Kraftanstrengungen und ein hohes Maß an Selbstdisziplin. Notwendig ist deshalb, dass man die Betroffenen einbezieht und motiviert, nicht aufzugeben (Stichwort: Empowerment).
- Rehabilitationsleistungen sind von Anfang an wirkungslos oder verpuffen später, wenn der Betroffene nicht aktiv mitmacht. Dies geht nicht gegen seinen Willen und seine Wünsche. Deshalb sieht auch das SGB IX vor, dass Teilhabeleistungen immer seiner Zustimmung bedürfen (§ 9 SGB IX).
- dabei muss den Betroffenen klar sein, dass Selbstbestimmung auch die Verpflichtung zu Eigenverantwortung, Eigeninitiative, Engagement und aktiver Mitwirkung beinhaltet.

§ 1 SGB IX schreibt vor, dass die Leistungen zur Teilhabe

- die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft fördern und
- Benachteiligungen vermeiden und entgegenwirken sollen und im Übrigen auch
- den besonderen Bedürfnissen von Frauen und Kindern Rechnung tragen sollen.

Wenn Selbstbestimmung das Ziel von Rehabilitationsleistungen ist, dann darf der Rehabilitationsprozess selbst nicht „autoritär“ organisiert sein.

Welche Vorgaben macht die UN-Behindertenrechtskonvention?

Zwischenzeitlich hat das BSG festgestellt, dass die UN-BRK als verbindliches innerstaatliches Recht bei Sozialleistungsansprüchen von den Gerichten zu beachten ist¹.

Grundprinzipien der UN-Behindertenrechtskonvention sind nach Art. 3

- Achtung der Würde des behinderten Menschen, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen,
- Nichtdiskriminierung;

¹ Urteil vom 18.05.11 - B 3 KR 10/10 R

- „full and effective participation“
(übersetzt mit: volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft)
- „inclusion in society“.

Diese Prinzipien gelten für alle behinderten Menschen, einschließlich derjenigen, die intensivere Unterstützung benötigen (Präambel | BRK).

Innovativ in der Behindertenrechtskonvention ist insbesondere der Perspektivenwechsel von der Integration zur Inklusion. Der behinderte Mensch steht im Mittelpunkt. Er ist nicht mehr behindert; er wird behindert. Er wird diskriminiert, wenn keine angemessenen Vorkehrungen getroffen sind (Art. 2 BRK).

Zentral ist Art. 19, wonach behinderte Menschen das Recht haben, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben.

Rehabilitationsmaßnahmen müssen das Ziel haben, behinderte Menschen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche

INNOVATIV IN DER BEHINDERTENRECHTSKONVENTION IST INSBESONDERE DER PERSPEKTIVENWECHSEL VON DER INTEGRATION ZUR INKLUSION. DER BEHINDERTE MENSCH STEHT IM MITTELPUNKT. ER IST NICHT MEHR BEHINDERT; ER WIRD BEHINDERT.“

Fähigkeiten so wie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe (full inclusion) an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren (Art. 26 BRK).

Eingangs habe ich auf die hohen Erwartungen der Betroffenen hingewiesen. Bewirkt die UN-BRK nun, dass ein talentierter Jugendlicher, der in einer Rollstuhlbasketball-Jugendmannschaft mitspielen will, Anspruch auf einen Sportrollstuhl hat?

Der 3. Senat des BSG hat den Anspruch auf Versorgung mit einem Sportrollstuhl in seiner Entscheidung vom 18.05.2011 auf Grundlage der ständigen Rechtsprechung des BSG zum unmittelbaren und mittelbaren Behindertenausgleich für das Krankenversicherungsrecht verneint und für das Sozialhilferecht mangels Entscheidungserheblichkeit wegen fehlender Bedürftigkeit offengelassen.

Der Senat hat sich in diesem Urteil sowohl mit der Zielsetzung des SGB IX in § 1, Selbstbestimmung zu fördern und Ausgrenzung zu vermeiden, wie mit der BRK auseinandergesetzt:

Behinderte Kinder sollten nicht vom üblichen Leben ihrer Altersgruppe ausgeschlossen werden. Bei der Betätigung in einem Sportverein ginge es hingegen nicht um Ausgrenzung, sondern um die Erweiterung von Teilhabemöglichkeiten in einem Bereich, für den die Krankenkassen außerhalb des Rehabilitationssports oder des Funktionstrainings nicht mehr leistungs verpflichtet sind.

Zu den Auswirkungen der BRK hat der 3. Senat ausgeführt, dass die Bundesrepublik Deutschland „dem von der UN-Konvention angestrebten Zweck, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten sowie die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern (Art. 1 UN-Konvention), ausreichend durch das gegliederte Leistungssystem des SGB und insbesondere durch dessen Neuntes Buch ... Rechnung“ trage. Der Senat kam damit zum Ergebnis, dass zumindest für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung durch die UN-BRK keine über das geltende Recht hinausgehenden Einzelansprüche begründet werden.

Es bleibt damit abzuwarten, ob die für die anderen Leistungsgesetze zuständigen Senate dies genauso sehen und ob dieses Urteil ständige Rechtsprechung wird.

Es mag zweifelhaft sein, ob aus der UN-Konvention neue individuelle Leistungsansprüche ableitbar sind und diese mit Erfolg vor Gerichten durchgesetzt werden können. Unabhängig von dieser Frage ist die UN-Konvention aber für Gerichte und Behörden verbindliches Recht. Dies bedeutet nach Auffassung des VdK, dass die Reha-Träger die genannten Prinzipien der Konvention bei

- der Auslegung unbestimmter Rechtsbegriffe,
- der Ausübung von Ermessenspielräumen bei der Auswahl und Gestaltung der Leistungen – dies ist von besonderer Bedeutung, da es gerade im Teilhaberecht eine Vielzahl von unbestimmten Rechtsbegriffen und Ermessenspielräume gibt – und
- der gesamten Organisation des Rehabilitationsprozesses und der Leistungen zu berücksichtigen haben.

Nachfolgend möchte ich diesbezüglich einmal den Reha-Prozess kurz unter die Lupe nehmen. Die Probleme fangen schon beim Zugang zu den Reha-Leistungen an:

Viele Betroffene kennen das Leistungsspektrum der Teilhabeleistungen und damit ihre Wunsch- und Wahlrechte überhaupt nicht. Der Leistungsberechtigte hat Anspruch auf eine trägereigene Beratung (§ 14 SGB I) und parallel auf eine trägerübergreifende Beratung in der Gemeinsamen Servicestelle (§ 22 SGB IX).

Der Beratung kommt deshalb im Reha-Prozess eine Schlüsselfunktion zu. Sie soll für die Betroffenen Aufklärung und Transparenz über die bestehenden Rechte, individuelle Entwicklungsmöglichkeiten und das gesamte Leistungsspektrum herstellen.

Auch aus der UN-BRK ergibt sich die Verpflichtung, in der Beratung auf bestehende Wunsch- und Wahlrechte hinzuweisen und die Möglichkeit ihrer Ausübung aktiv zu fördern. Die Beratung sollte individuell teilhabeorientiert, kontextbezogen, d.h. an der Lebenswelt des Betroffenen orientiert und auf Augenhöhe erfolgen.

Hier besteht noch großer Optimierungsbedarf. Nach Erfahrungen des VdK erfolgt insbesondere keine trägerübergreifende Beratung. Ich denke der 3. Servicestellenbericht der BAR hat deutlich gemacht, dass nach 10 Jahren SGB IX die Gemeinsamen Servicestellen immer noch nicht funktionieren.

Über die Einleitung des Reha-Verfahrens kann der Leistungsberechtigte aufgrund seines Antragsrechts entscheiden. Bei der Bedarfsermittlung gilt aber der Amtsermittlungsgrundsatz mit der Verpflichtung zur umfassenden Sachverhaltsaufklärung (§ 20 SGB X).

In einem vom BSG entschiedenen Fall hat ein unstreitig dauerhaft voll erwerbsgeminderter Heizungsbauer beim Sozialamt ein Persönliches Budget für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beantragt. Das Sozialamt hat den Antrag an den Rentenversicherungsträger weitergeleitet, der den Antrag abgelehnt hat. Der für das Rentenrecht zuständige 5. Senat musste in seiner Entscheidung vom 11. Mai 2011 dem Rentenversicherungsträger den Regelungszusammenhang der §§ 14, 10 und 17 SGB IX erklären. Der nach § 14 SGB IX zuständige Träger muss – auch wenn er selbst offensichtlich nicht leistungspflichtig ist – rasch den individuellen Rehabilitationsbedarf umfassend klären. Auf dieser Grundlage sind dann – so das BSG – anschließend sowohl die als leistungspflichtig in Betracht kommenden Träger wie auch der Antragsteller zur Berücksichtigung seines Wunsch- und Wahlrechts zu beteiligen. In Betracht kamen hier budgetfähige Leistungen der Bundesagentur für Arbeit, der Pflegeversicherung, des Integrationsamtes so wie der Sozialhilfe.

Wie der Vorsitzende Richter Josef Berchtold in der mündlichen Verhandlung zutreffend hervorgehoben hat, verlangt das SGB IX eine Leistung aus einer Hand. Angesichts der unüberschaubaren Zuständigkeiten und Leistungen sollten die Betroffenen „nicht sofort in die Verzweiflung“ getrieben werden.²

Bei der Klärung des individuellen Rehabilitationsbedarfs und der Feststellung der Leistung sieht das SGB IX die Abstimmung mit dem Betroffenen (§ 10 SGB IX) vor und gibt ihm ein Wahlrecht bei der Auswahl von Gutachtern (§ 14 Abs. 5 SGB IX). Beim Persönlichen Budget muss gemeinsam mit ihm ein Bedarfsfeststellungsverfahren durchgeführt werden, das in einer Zielvereinbarung mündet (§ 3 Abs. 3 und § 4 Budget VO).

Die umfassende Ermittlung des individuellen Bedarfs ist für den behinderten Menschen von existenzieller Bedeutung. Auf ihr beruht die Feststellung der notwendigen Leistungen; ihre Qualität ist damit ganz entscheidend für seine künftige Lebenssituation.

² Ärzte Zeitung vom 12.05.11 „BSG liest Trägern der Behindertenhilfe die Leviten!“

Aus Sicht des VdK ist hierzu ein einheitliches, trägerübergreifendes und für alle Träger verbindliches Bedarfsfeststellungsverfahren notwendig, das sämtliche Leistungsbereiche mit abdeckt, transparent sowie personen- und patientenorientiert ist. Die Gemeinsame Empfehlung der BAR für die Begutachtung nach einheitlichen Grundsätzen liegt hierzu seit 2004 vor. Der BSG-Fall macht deutlich, dass es sinnvoll wäre, die Klärung des Rehabilitationsbedarfs über die Gemeinsamen Servicestellen zu organisieren, die dann aber entsprechend der eigentlichen Zielsetzung des § 22 SGB IX ausgestattet sein müssten. Dies legt auch Art. 26 der UN-Behindertenrechtskonvention nahe, wonach umfassende Rehabilitationsdienste organisiert werden müssen, um im frühestmöglichen Stadium und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken die Einbeziehung in die Gemeinschaft in all ihren Aspekten zu unterstützen. Sie müssen gemeindenah zur Verfügung stehen.

Wenn Leistungen mehrerer Rehabilitationsträger in Betracht kommen verpflichtet § 10 SGB IX diese zu koordiniertem Handeln. In der Praxis sieht dies leider noch immer ganz anders aus. In der oben schon angesprochenen mündlichen Verhandlung hat Bundesrichter Berchtold gerügt, dass die Träger bedacht seien, ihr eigenes Budget zu verteidigen. Es herrsche ein Krieg „Einer gegen den Anderen“ innerhalb des Staatswesens³. Wie die Bedarfsermittlung sollte auch die Koordinierung und Planung der Teilhabeleistung aller Reha-Träger weiterhin innerhalb des SGB IX nach den Grundsätzen des § 10 SGB IX erfolgen. Auch hierzu gibt es seit Dezember 2004 eine Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“. Der VdK sieht deshalb Überlegungen der Bund-/Länder-Arbeitsgruppe zur Reform der Eingliederungshilfe, den Sozialhilfeträgern abweichend von § 10 SGB IX die Gesamtverantwortung für die Steuerung der Teilhabeleistungen zu geben, wenn diese beteiligt sind, sehr kritisch.

Die Entscheidung über Art, Umfang und Ort der Leistungserbringung wie auch über die Ausführung (also Art, Umfang, Qualität der bei der Leistungserbringung eingesetzten Maßnahmen und Methoden) obliegt dem Rehabilitationsträger nach pflichtgemäßem Ermessen. Bei diesen Entscheidungen hat er aber berechtigten Wünschen des Leistungsberechtigten zu entsprechen (§ 9 Abs. 1 SGB IX). Auf seinen Antrag hin kann entgegen dem Sachleistungsprinzip eine Geldleistung bewilligt werden. Bei der Auswahl von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist neben Eignung, bisheriger Tätigkeit und Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt die persönliche Neigung angemessen zu berücksichtigen (§ 33 Abs. 4 SGB IX).

Kann nun ein Rehabilitand bei entsprechender Eignung die Übernahme der Kosten für die Ausbildung zum Hubschrauberpiloten statt der vom Rehabilitationsträger vorgeschlagenen kostengünstigeren Weiterbildung zum Qualitätsfachmann wünschen? In dem vom LSG Saarland am 4.8.2006⁴ entschiedenen Fall hatte der Kläger angeboten, die über die normalen Umschulungskosten hinausgehenden Kosten selbst zu tragen. Das SG hatte argumentiert, dass der eigene Wunsch zurücktreten muss, wenn das Rehabilitationsziel kostengünstiger durch eine Ausbildung zum Qualitätsfachmann erreicht werden kann. In der Zweiten Instanz wurde dann zunächst klargestellt, dass das Teilhaberecht eine nur teilweise Kostenübernahme nicht verbiete und demzufolge

³ Ärzte Zeitung vom 12.05.11 a. a. O.

⁴ AZ. L 7 RJ 22/04

das SG fälschlicherweise auf den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit abgestellt habe⁵. Weiter hat das LSG hervorgehoben, dass bei der Abwägung zwischen Neigung des Rehabilitanden und Kosten der Maßnahme der Neigung ein besonderes Gewicht zukomme. Das LSG hat hier das Grundrecht der Berufsfreiheit herangezogen. Das Sozialrecht sei im Lichte der Berufswahlfreiheit auszulegen und jede Berufslenkung durch das Sozialrecht unterliege dem Übermaßverbot. Die Berufsfreiheit dürfe nicht über das vom Leistungszweck gedeckte Maß hinaus eingegengt werden.

Ich behaupte, dass im Lichte der Menschen- und Freiheitsrechte der UN-BRK der Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts gegenüber Kostenargumenten eine ganz andere Bedeutung zukommt. Insbesondere stellt sich die Frage, ob der Vorbehalt unverhältnismäßiger Mehrkosten in § 13 SGB II mit Art. 19 der UN-Behindertenrechtskonvention vereinbar ist. Hiernach muss der Staat wirksame und geeignete Maßnahmen treffen, um unter anderem zu gewährleisten, dass behinderte Menschen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben. Sie sind nicht verpflichtet, in besonderen Wohnformen zu leben.

Auch der Grundsatz der Wirksamkeit muss neu überdacht werden. Rehabilitationsziel ist es, die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern. Dies ist etwas anderes als die schnelle Vermittlung in einen prekären Arbeitsmarkt und die Bevorzugung von Personenkreisen mit den besten Vermittlungschancen.

In jedem Fall haben Reha-Träger im Lichte der Konvention einen weit größeren Begründungszwang, wenn sie gegen die berechtigten Wünsche des Leistungsberechtigten entscheiden. Berechtigt sind hier insbesondere Wünsche, die dem geltenden Leistungsrecht nicht widersprechen und die Zielgerechtigkeit, Bedarfsgerechtigkeit und Wirksamkeit der Teilhabeleistung nicht gefährden⁶.

Mein Fazit ist, dass im Reha-Prozess bezogen auf Personenzentrierung und Wunsch- und Wahlrechte gerade auch im Lichte der UN-Konvention noch eine Menge Umsetzungsbedarf besteht. Ich bin gespannt auf die Diskussion in den Arbeitsgruppen.“

⁵ Festzuschüsse, Zuzahlungen, Kostenbeteiligungen sind in einem solidarischen Versicherungssystem systemfremd. Die Ausnahmegvorschrift in § 40 Abs. 2 SGB V, wonach ein Versicherter Mehrkosten zu tragen hat, wenn dieser eine zertifizierte Einrichtung auswählt, mit der kein Versorgungsvertrag besteht, ist auch im Hinblick auf die BRK sehr problematisch. Faktisch werden etwa in der Hörgeräteversorgung behinderte Menschen mit erheblichen Zuzahlungen belastet, weil es den Krankenkassen nicht gelingt über Festbeträge und Versorgungsverträge den Markt zu regulieren. Im Hinblick auf die BRK ist dies ein unerträglicher Zustand.

⁶ Fuchs in SGB IX – Kommentar und Praxishandbuch RN 5 zu § 9

Arbeitsforum 1 – Schrittweise vom Bedarf zur Leistung

Input Frau Dr. Heidrun Metzler, Universität Tübingen

Forum 1:
Schrittweise vom Bedarf zur
Leistung

Heidrun Metzler

Was heißt „Bedarf“?

SGB IX:

§ 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um **ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern**, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen.

➤ **„Bedarf“ ist zielorientiert.**

Was heißt „Bedarf“?

SGB IX

§ 9 Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten

- (1) Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. **Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen;** im Übrigen gilt § 33 des Ersten Buches. Den besonderen Bedürfnissen behinderter Mütter und Väter bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages sowie den besonderen Bedürfnissen behinderter Kinder wird Rechnung getragen.

➤ *„Bedarf“ ist lebensweltlich verankert.*

Was heißt „Bedarf“?

SBG IX

§ 10 Koordinierung der Leistungen

Die beteiligten Rehabilitationsträger stellen im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit Leistungsberechtigten die nach dem **individuellen Bedarf** voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen fest und schriftlich so zusammen, dass sie nahtlos ineinandergreifen.

SGB XII

§ 9 Sozialhilfe nach der Besonderheit des Einzelfalles

- (1) Die Leistungen richten sich nach der **Besonderheit des Einzelfalles**, insbesondere nach der Art des Bedarfs, den örtlichen Verhältnissen, den eigenen Kräften und Mitteln der Person oder des Haushalts bei der Hilfe zum Lebensunterhalt.

➤ *„Bedarf“ ist individuell.*

Beispiele aus der Praxis

Beispiel 1

- Person mit MS-Erkrankung, zu Beginn einer drei Jahre dauernden Auseinandersetzung um die Klärung ihres Bedarfs noch berufstätig
- Beteiligte Leistungsträger: örtliches und Kreissozialamt, LWV, Pflegekasse, Krankenkasse, Integrationsamt

- Leistungen (unkoordiniert):
 - ✓ Finanzierung rollstuhlgerechter Ausbau des PKW
 - ✓ Pflegestufe 3 – Pflegegeld
 - ✓ Hilfe zur Pflege ergänzend
 - ✓ Versorgung mit Hilfsmittel (mechanischer Rollstuhl)

„Bedarf“ aus Sicht der Person:

„Ich möchte trotz meiner fortschreitenden Erkrankung weiter in meiner eigenen Wohnung leben und etwas am öffentlichen Leben teilhaben.“

Meine Tochter, die bei mir wohnt und eine Ausbildung absolviert, möchte ich bei meiner persönlichen Unterstützung nicht übermäßig belasten.“



- Dynamische Änderungen des Bedarfs:

- PKW kann nicht mehr eigenständig gefahren werden – Bedarf an Mobilitätshilfen/ Sonderfahrdiensten für Einkäufe, Besuch von Veranstaltungen und zur Fahrt zu Ärzten und Therapien
- Pflegerischer Bedarf steigt – Prüfung der Zumutbarkeit stationärer Hilfen
- Mobilitätseinschränkungen nehmen zu – Bedarf an Ausstattung mit einem E-Rollstuhl



- Konflikte:

- Unterschiedliche Einkommensgrenzen für unterschiedliche Leistungen
- Hilfsmittelrichtlinien
- Pflegegeld – Pflegesachleistung
- Ergebnis:
„Versorgung statt Teilhabe“ (mit ungedeckten Beträgen, die über private Kredite finanziert werden müssen)

Ein weiteres Beispiel

Ein sehbehinderter Mann arbeitet als Masseur in einem Krankenhaus.

- Er benötigt Unterstützung, um seinen Arbeitsplatz erreichen zu können.
- Antrag auf Beförderungsbeihilfe bei der Bundesagentur für Arbeit
- Beförderungsbeihilfe zur Anschaffung eines Pkw wird genehmigt.
- Antrag auf einen Zuschuss zu den Kosten eines einzustellenden Fahrers beim Integrationsamt (als „Wegearbeitsassistenz“)
- Ablehnung, keine Arbeitsassistenz im Sinne von § 102 Abs.4 SGB IX (vom Verwaltungsgericht bestätigt)



Die gesetzlichen Regelungen

- der Zielorientierung
 - der lebensweltlichen Funktion
 - der Individualität
- des Bedarfs werden offenkundig nicht immer umgesetzt.



Neue Anläufe

Zum Verständnis von Behinderung

„Wer über eine Person mit Behinderungen spricht, spricht über Probleme ihrer Daseinsentfaltung vor dem Hintergrund ihrer sozialen und physikalischen Umwelt, über die Ursachen dieser Probleme und darüber, wie diese überwunden werden können.“

Ansatzpunkte:

- die individuelle – oft lebensweltbezogene – Sicht des Problems
- die eigenen Vorstellungen zur Lösung eines Problems
- die anschließende „Übersetzung“ in Leistungen



...auch hier einige Beispiele



Beispiel 1

„Suche eine Dame oder einen Herren, ab sofort für Begleitung zu Behörden, Ärzten, Organisation, Hauswirtschaft, Hilfe bei Korrespondenz und Alltagsbewältigung in Teilzeit. FS ist erforderlich. PC-Kenntnisse von Vorteil. Habe eine seelische Behinderung. Vorbildung aus sozialem Beruf oder prakt. Erfahrung wäre vorteilhaft“

Anzeige im Internet: www.assistenz.org

Beispiel 2

Situation:

erwachsener Mann (40 Jahre, geistig behindert) lebt im Haushalt der Mutter und besucht werktags die WfbM

Ziele:

allmähliche Ablösung von der Mutter, Gestaltung eines eigenen Lebensraumes

Bedarf:

Aufbau eines eigenen Freundeskreises für soziale Kontakte und Besuch von Veranstaltungen

Beispiel 3

Situation:

40-jähriger Mann, chronisch psychisch krank
Instabile Lebenssituation (häufige Krankenhausaufenthalte)
Besuch der Tagesstätte, Leistungen des sozialpsychiatrischen Dienstes, Unterstützung durch Eltern

Ziele:

psychische Stabilisierung („Beherrschung der Stimmen“)

Bedarf:

Unterstützung in alternativen, eigen gestalteten Wegen des Umgangs mit der Erkrankung

Beispiel 4

Situation:

25-jährige Frau, Down Syndrom, lebt bei den Eltern, betriebliches Arbeitstraining abgeschlossen

Ziele:

Verselbstständigung im haushaltspraktischen Bereich, Ablösung vom Elternhaus, Beschäftigung in einer Kindertagesstätte

Bedarf:

Kompetenzförderung, Aufbau eines Freundeskreises, Job-Coaching

Schlussfolgerungen

- Persönliche Ziele und
- individuelle Bedarfsbeschreibungen erhöhen oft die Wirkung von Leistungen,

und setzen zugleich in Verwaltungen voraus,

- dass das „Denken in Leistungskatalogen“ nicht an erster Stelle steht
- dass (in vielen Fällen) die Kooperation mit anderen Trägern gesucht wird



„Bedarfsermittlung und Hilfeplanung (nicht nur) in der Eingliederungshilfe sind die Grundlage aller ihrer Leistungen. **Die Potenziale von Bedarfsermittlung und Hilfeplanung zugunsten einer verbesserten Teilhabe und Selbstbestimmung** von Menschen mit Behinderungen und einer personenzentrierten, qualitätsgesicherten Leistungserbringung sind bislang noch nicht ausgeschöpft.“

Zusammenfassung der Ergebnisse durch Frau Prof. Dr. Katja Nebe:

„Ich möchte Ihnen vermitteln, was in der Gruppe als wesentlich diskutiert und festgehalten wurde. Zunächst jedoch zum Vortrag von Frau Dr. Metzler, der damit begonnen hat, das Recht danach zu durchsuchen, wo Bedarfe juristisch definiert sind. Über die grundsätzliche Norm der Selbstbestimmung im § 1 SGB IX, dem Wunsch- und Wahlrecht sowie der lebensweltlichen Verankerung im § 9 SGB IX kam sie zu drei grundlegenden Kriterien, die ich noch einmal kurz nennen möchte: Es geht um einen lebensweltbezogenen, individuellen und zielorientierten Bedarf. Oder anders ausgedrückt: zielorientierte Teilhabe in Bezug auf das gesamte Leben, individuell, das heißt auf die Person zugeschnitten und lebensweltbezogen, das heißt immer im Lebenskontext der einzelnen Person. Die drei Merkmale hat sie herausgearbeitet und dann anhand von vier konkreten Fällen gezeigt, wie es in der Praxis funktioniert hat und zwei weitere, bei denen es nicht funktioniert hat. Zusammenfassend kann ich sagen, es ging darum, wann Personen sensibilisiert werden, um ihre eigenen lebensweltlichen Zusammenhänge für sich zu reflektieren und in den beginnenden Prozess der Suche nach Leistungen einzubringen. Oft werden Leistungen fremdbestimmt, der Mensch wird nicht als Subjekt wahrgenommen, sondern landet in der Verwaltungsakte auf dem Schreibtisch und bekommt die Leistungen fremdbestimmt übergestülpt.

Dr. Metzler schlug dann vor, in den drei Schritten „Ziele“, „Bedarfe“ und „Leistungen“ vorzugehen, um anhand der drei abstrakten Merkmale „individuell“, „lebensweltbezogen“ und „zielorientiert“ zu den Leistungen zu gelangen. Das war der Ausgangspunkt für eine spannende Diskussion, in deren Verlauf Statements diskutiert wurden und wir uns fast auf einen Konsens geeinigt haben. Wir haben die drei Punkte aufgegriffen und unter den Fragestellungen diskutiert: Wie könnten diese gefüllt werden? Wo sind in der Praxis Probleme? Wo funktioniert es vielleicht schon? Was könnte man verbessern?

Relativ schnell tauchte die Kontroverse auf, ob der betroffene Mensch noch als Person im Mittelpunkt steht oder er sich zu schnell in einer Akte verliert und einfach nur noch zum Fall wird. Das vielleicht auch deshalb, weil oft in den Behörden noch einfach die Sensibilität für das SGB IX fehlt bzw. diese noch nicht flächendeckend verbreitet ist. Das mag vielleicht daran liegen, dass Fortbildung fehlt oder weil einfach die Aktenberge, die da liegen, ziemlich hoch sind und abgearbeitet werden müssen. Was kann man als Träger an der Stelle tun, um die Person zu stärken und nicht zur Akte werden zu lassen?

Dann haben wir diskutiert, ob es bestimmte Fälle gibt, bei denen Bedarf für ein Case Management besteht oder dieses vielleicht in allen Fällen angeboten werden sollte. An dieser Stelle entwickelte sich wieder eine Kontroverse dahingehend, ob man Case Management nicht erst mal auf alle Fälle ansetzt oder ob man sagt, es sind von vornherein nur bestimmte Fälle, die eines Case Managements bedürfen. Der Punkt war, wie man Case Management im Kontext einer Massenverwaltung in den Griff bekommt. Wir haben gesagt, strukturell könnte man hier auf die Gemeinsamen Servicestellen zurückgreifen, wenn sie denn so funktionieren, wie sie nach dem SGB IX funktionieren sollten. Das lasse ich jetzt mal so im Raum stehen.

Wenn man in diesem frühen Stadium die Situation mit dem behinderten Menschen analysiert, wäre im nächsten Schritt die Formulierung von Zielen erforderlich. Die Formulierung von Zielen, haben wir dann hier in der Diskussion festgestellt, ist nur realistisch bei umfassender Beratung. Diese muss informieren darüber, welche Leistungen in Betracht kommen könnten. Ein weiteres Stichwort zur Beratung ist „Rehabilitationsfähigkeit“. Wir haben dann auch festgestellt, dass nicht jeder Wunsch sich am Ende in Leistung umsetzen lässt. Man müsste also vielleicht schon in diesem Stadium des Rehabilitationsprozesses oder Findungs-Prozesses mit den Betroffenen verhandeln, ob ihre Ziele in deren Breite vom SGB gedeckt sind. Im Anschluss daran können Bedarfe, zu deren Deckung es auch gesetzlich vorgesehene Leistungen gibt, festgestellt und Leistungen bewilligt werden. Es kam dann der Vorschlag, erst an dieser Stelle Assessment-Instrumente einzusetzen, um nicht schon zu früh eine Verengung herbeizuführen.

Wir sind dann in unserer Diskussion weiter in Richtung Prävention gerückt. Wer kann Beratung hierzu leisten? Nach Meinung des Forums sollten die Gemeinsamen Servicestellen dies tun, für Betriebe, aber auch für niedergelassene Ärzte oder als Sozialberatung überhaupt erst mal in den Praxen. Es wurde festgestellt, dass die Gemeinsamen Servicestellen als solche verbesserungsbedürftig sind. Sie stehen allerdings nicht grundsätzlich zur Diskussion. Die Gemeinsamen Servicestellen sind etabliert, mehr oder weniger, aber da ist noch viel zu tun. An sie werden vielleicht auch zu umfangreiche Anforderungen gestellt: allgemeine Beratung, Beratung bei der Antragstellung, Klärung von Zuständigkeiten bis hin zur Beratung von Unternehmen mit gesetzlichem Auftrag nach § 84 SGB IX. Wenn das richtig funktioniert und etabliert ist, haben die Gemeinsamen Servicestellen gut zu tun.

An dieser Stelle möchte ich eine Erfahrung aus meiner Lehrtätigkeit in der Juristenausbildung einflechten: Die Vorlesung „Rehabilitationsrecht“ mögen fortgeschrittene Studenten, also ab 6. Semester, überhaupt nicht. Die hören liebend gern Arbeitsrecht. Da kann man auch Vertiefungen zu Arbeitsrecht, europäisches, deutsches Arbeitsrecht, Zivilrecht, BGB anbieten, da wissen die alle was mit anzufangen. Aber SGB, und vor allem das Rehabilitationsrecht im gegliederten System, wenn man damit im 6. Semester das erste Mal kommt, dann sagen die immer zu mir: „Frau Nebe, machen Sie es doch nicht so schwer“. Ich habe mir vorgenommen, in Zukunft mit einer Übersicht, wie sie Frau Metzler hier vorgestellt hat, zu beginnen, bevor wir in § 26 und § 33 SGB IX reinschauen.“

ARBEITSFOREN



Blicke ins Plenum

ARBEITSFOREN

Arbeitsforum 2 – Teilhabepanung konkret: Wie geht's?

Input Herr Helmut Hellstern, DRV Baden-Württemberg



Wirklich teilhaben – Drei Schritte vor und keinen zurück!
Stuttgart, 19.10.2011

Forum 2

Teilhabepanung konkret: wie geht's?

- Ein Plädoyer für die Teilhabepanung durch die Gemeinsamen Servicestellen -



Einführung:
Helmut Hellstern
Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

1



Teilhabepanung
am Beispiel Polytrauma
Marco A., 38 Jahre

- 1 -

Verkehrsunfall 11/2009, Folgen:

- Oberschenkelamputation links
- Hirnorganisches Psychosyndrom

3-5/10 Medizinische Anschlussrehabilitation, Beratung durch Fachberater der Rentenversicherung

Gemeinsame Servicestelle als Case-Manager angefragt

7/10 Rentenversicherung erklärt grundsätzlich ihre Zuständigkeit

11-12/2010 ambulante medizinische Rehabilitation

Runder Tisch:

mit Marco A., Servicestelle, Integrationsfachdienst, DRV BW Fachberater,

Ziel:

Basis Beruf: Metallbautechniker, berufliche Wiedereingliederung beim Arbeitgeber

2

ARBEITSFOREN



Teilhabeplanung am Beispiel Polytrauma Marco A., 38 Jahre

- 2 -

6-7/10 berufl. Belastungserprobung als Integrationsmaßnahme
Schwerbehinderung anerkannt

2. Runder Tisch:

Gleiche Teilnehmer, neu dabei: Integrationsamt
IFD + Arbeitgeber: Schnupperpraktikum nach
Integrationsmaßnahme, IFD betreut Versicherten

Integrationsamt übernimmt Kostenminderausgleich und
Unterstützung bei der Einrichtung des behindertengerechten
Arbeitsplatzes

Rentenversicherung trägt Kosten für Integrationsmaßnahme und
prüft Kfz-Hilfe.

3



Teilhabeplanung am Beispiel Querschnittslähmung, Sonja S., 23 Jahre

- 1 -

Inlineskate-Unfall 6/10, Folge:

Querschnittslähmung

8-9/10 Medizinische Anschlussrehabilitation in Bad Wildbad

9/10 Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der
Deutschen Rentenversicherung

Umzug zu den Eltern nach Laudenbach, Bayern

Wohnung der Eltern ist nicht barrierefrei zugänglich.

Betreuung durch den Umzug erschwert, Reha-Fachberater der
Rentenversicherung schaltet die Gemeinsame Servicestelle ein.

Runder Tisch in Baden-Württemberg:

Sonja S., Reha-Fachberater, Integrationsamt, IFD, GS

Kontakt mit DRV Nordbayern, Folge-Beratungsgespräche mit dem
dortigen Reha-Fachberater

4



Deutsche
Rentenversicherung
Baden-Württemberg

Teilhabeplanung am Beispiel Querschnittslähmung, Sonja S., 23 Jahre

- 2 -

Bisheriger Beruf:

Maschinenschlosserin

Umschulung zur Maschinenbautechnikerin ist möglich

Frau S. bevorzugt wohnortnahe Technikerschule, DRV: BfW

Gemeinsame Servicestelle vermittelt:

Qualifizierung:

Barrierefreiheit der Techniker-Schule wird geprüft.

Umgebautes KFZ, Faltrollstuhl wird durch die Rentenversicherung gezahlt.

Häusliche Versorgung:

Ambulanter Pflegedienst hilft beim Zugang zum Haus der Eltern

bis die Hebebühne vor dem Haus der Eltern geprüft und angebaut ist.

Im Haus: Umbau des Bades. Kontakt zur Pflegekasse wird von der Servicestelle vermittelt.

Bedenklich: gewünschte Treppenlösung im Haus

5



Deutsche
Rentenversicherung
Baden-Württemberg

Teilhabeplanung am Beispiel Querschnittslähmung Eva L, 57 Jahre

- 1 -

Wanderunfall vor 14 Jahren, Folgen:

- Querschnittslähmung ab Brustwirbelkörper 11
- Blase und Darm gelähmt, auf den Rollstuhl angewiesen

OP in Innsbruck, Anschlussrehabilitation in Schlierbach,
Nach 3 Monaten Beginn des Rehabilitationsprozesses
Zurechtkommen im Alltag wurde trainiert.

Teilhabeleistungen:

Zugang zur barrierefreien Wohnung durch die Rentenversicherung
finanziert (Hebebühne)

KFZ-Hilfe: Auto-Umbau Handgas, Handbremse, Rollstuhlverladung,
Kostenträger ebenfalls die Rentenversicherung

6



Teilhabeplanung am Beispiel Querschnittslähmung

Eva L, 57 Jahre

- 2 -

Basis-Beruf:

Ärztin in einer Reha-Klinik

Impuls durch den Arbeitgeber:

Qualifizierung zur Ärztlichen Psychotherapeutin, Psycho-Onkologin, Bio-Feedback-Therapeutin, Schmerztherapeutin (Gruppen- und Einzeltherapien ohne Not-, Nacht- Dienste, ohne weite Wege)

Heutige berufliche Tätigkeit:

Halbtags Leiterin der psychosozialen Abteilung der Reha-Klinik
Schwerbehinderung wurde festgestellt
EM-Rente nicht beantragt

7



Erfolgsfaktoren aus der Sicht der Gemeinsamen Servicestellen in Baden- Württemberg

- 1 -

- Die Sachbearbeiter beim Reha-Träger beachten ihre konkreten Handlungsaufträge aus dem SGB I, den **BAR - Empfehlungen** Teilhabeplan, Einheitlichkeit/ Nahtlosigkeit, gegenseitige Kooperation
- Die Sachbearbeiter geben der **Versuchung** nicht nach, das Problem an den behinderten Menschen zurückzugeben
- Beim Träger **kennen alle Mitarbeiter die Gemeinsame Servicestelle**, nicht nur die Mitarbeiter im Back-Office
- Die Sachbearbeiter schalten **frühzeitig die Gemeinsame Servicestelle** ein, bevor die Situation verfahren ist.

8

ARBEITSFOREN



Erfolgsfaktoren aus der Sicht der Gemeinsamen Servicestellen in Baden- Württemberg

- 2 -

- Behinderter Mensch und Sachbearbeiter finden in der Gemeinsamen Servicestelle einen **Übersetzer**, der ihre zwei völlig unterschiedlichen Welten vernetzt. **Kommunikation statt Briefe in „Behördendeutsch“**
- Die Gemeinsame Servicestelle ist „**Case-Managerin**“. Die Mitarbeiter haben **Kommunikations- Mediatoren- Analyse-Fähigkeiten**. Sie erkennen Probleme unter der Oberfläche.
- Alle direkt Beteiligten wollen die **Vermittlung**
- Dem Vermittler steht **genügend Zeit** zur Verfügung

9



Erfolgsfaktoren aus der Sicht der Gemeinsamen Servicestellen in Baden- Württemberg

- 3 -

- Die Reha-Träger entsenden **kompetente und entscheidungsbefugte Mitarbeiter** zum runden Tisch, weil dieser Anfangsaufwand die weitere Bearbeitung deutlich vereinfacht.
- Alle Hilfs-Möglichkeiten aber auch alle Grenzen werden von Anfang an **deutlich benannt**.
- Die Gemeinsame Servicestelle **pfl egt aktiv ihr Netzwerk**, das neben dem Back-Office auch die Anbieter von Leistungen und die Selbsthilfe umfasst. Vertrauensbasis besteht.
- Die Gemeinsame Servicestelle **will** tatsächlich **erfolgreich** und **bekannt** sein und dadurch zusätzliche Arbeit an sich ziehen. Potential findet sich z.B. bei kleinen/mittleren Arbeitgebern oder Mediziner n.

10

- **Reha-Träger**, die Leistungsanbieter und die Behindertenhilfe/
Selbsthilfe **akzeptieren und fördern** mit langem Atem die
Hilfsleistungen der Gemeinsamen Servicestellen (gerade auch beim
Persönlichen Budget) durch
 - **Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit**
 - **Hinweise auf die Hilfestellungen der Gemeinsamen
Servicestelle**
 - **Inanspruchnahme der Hilfestellungen der Gemeinsamen
Servicestelle**
- Erfahrungsaustausch zwischen **Sozialmedizinischen Diensten**

11



Wirklich teilhaben – Drei
Schritte vor und keinen zurück!

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

ARBEITSFOREN

Zusammenfassung der Ergebnisse durch Herrn Helmut Hellstern:

„Wir haben uns im Forum 2 zur Einstimmung mit zwei Praxisfällen beschäftigt, bei denen im Rahmen der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben die Gemeinsame Servicestelle als Lotse tätig war. Es handelte sich um Fälle, bei denen mehrere Träger betroffen waren. Ausgangspunkt war ein Dissens zwischen verschiedenen Amtshilfe-Personen, d. h. Fachberatern von verschiedenen Landesversicherungsanstalten. Die Gemeinsame Servicestelle wurde als Vermittlerin eingeschaltet.

Die Beispiele haben wir intensiv und kontrovers diskutiert. Als Ergebnis haben wir festgestellt, dass es wichtig ist, dass dann, wenn mehrere Träger betroffen sind, eine Stelle da ist, die umfassende Kenntnisse hat, die informieren und koordinieren kann. Das muss nicht die Gemeinsame Servicestelle sein, aber es muss irgendeine Auflaufstelle geben, die in der Region bekannt ist. Wichtig ist, dass auch die Betroffenen selbst einen Ansprechpartner vor Ort haben. Häufig sind Menschen, die von einer Rehabilitationssituation neu betroffen sind, völlig überfordert von der Situation und wissen nicht, wohin sie sich wenden sollen.

WICHTIG IST ES AUCH, RESPEKTVOLL MIT DEN BETROFFENEN UMZUGEHEN. WENN WIR AM RUNDEN TISCH SITZEN UND SICH IM EXTREMFALL EIN BETROFFENER 15 MENSCHEN GEGENÜBER SIEHT, DANN IST ES FÜR DIESEN NICHT SO ANGENEHM.“

Ein wichtiges Werkzeug im trägerübergreifenden Geschehen ist der runde Tisch mit interdisziplinärer Besetzung. Der sorgt dafür, dass verschiedene Aspekte mit einfließen und nicht jeder Träger immer nur speziell seine eigenen Ziele verfolgt und die anderen vergisst.

Wichtig ist es auch, respektvoll mit den Betroffenen umzugehen. Wenn wir am runden Tisch sitzen und sich im Extremfall ein Betroffener 15 Menschen gegenüber sieht, dann ist es für diesen nicht so angenehm. Ein Vorschlag war, dass der Betroffene mit ebenso vielen Personen kommt oder zumindest Mitstreiter mitbringt, die schon erfahren sind oder ähnliches.

Zurück zum Lotsen. Im Grunde ist wichtig, egal wer das macht, dass der Lotse, wenn er seiner Tätigkeit gut nachkommen will, als unabhängig anerkannt wird. Es muss eine gewisse Vertrauensbasis da sein. Diese ist ganz wichtig auch für die Akzeptanz bei den anderen Trägern. Es muss klargestellt sein, dass er sich nicht in die Kompetenz der anderen Träger einmischt, sondern deren Kompetenz respektiert.

Eine intensive Diskussion entstand über die Frage, ob in den Fällen, in denen der Schwerpunkt bei der Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft liegt, der Lotse bei der Sozialhilfe sein soll. Im Ergebnis war die mehrheitliche Meinung im Forum, dass grundsätzlich eher die Gemeinsame Servicestelle diese Aufgabe wahrnehmen sollte.

Vielfach ist in den Rehaprozess nur ein Träger involviert. Solche Fälle laufen routinemäßig ab und dort haben auch die Betroffenen in der Regel keinen Grund sich zu beklagen. Wenn jeder Sachbearbeiter bei jedem Träger das beherzigt, was es schon gibt, nämlich z. B. seine Beratungspflicht nach dem SGB I, §§ 14 und 15 ernst nimmt und die Gemeinsamen Empfehlungen zum Teilhabeplan, zur Nahtlosigkeit und gegenseitigen Kooperation umsetzt, dann haben wir gar kein Problem. Es gibt trotzdem Fälle, wo Sachbearbeiter der Versuchung nachgeben, den Fall an den Kunden „zurückzugeben“ und sagen, da sind wir nicht zuständig. Das wäre falsch.

Die bessere Variante wäre in so einem Fall, bevor man dieser Versuchung erliegt, die Gemeinsame Servicestelle einzuschalten. Dies setzt aber voraus, dass der Sachbearbeiter die Gemeinsame Servicestelle und die engagierten Servicestellen-Mitarbeiter in Baden-Württemberg kennt, sowohl die im Front-Office, die im direkten Kundenkontakt stehen als auch die im Back-Office, die als Berater bereitstehen. Es gibt aber auch Behörden, in denen die Gemeinsamen Servicestellen kaum bekannt sind. Hat man hier das Pech, an einen Mitarbeiter zu geraten, der nicht vom Back-Office ist, kann es schon sein, dass dieser sich nicht dran erinnert, dass es eine Gemeinsame Servicestelle gibt.

Ein wichtiger Aspekt ist weiterhin, dass man einen Lotsen sehr frühzeitig einschaltet. Je länger die Situation eskaliert, desto mehr Emotionen gibt es und desto schwieriger wird es, da wieder rauszukommen und entsprechend höher wird der Aufwand für den Mitarbeiter der Gemeinsamen Servicestelle.

Ein weiteres Thema in unserem Forum war die Sprache. Wir haben zwei verschiedene Parteien. Da kommt ein Betroffener, der nur sich sieht und seine Situation. Der Betroffene kämpft um seine Existenz. Er ist im „Dschungel-Modus“, er spricht „panisch“ und der Behörden-Mitarbeiter hat seine Vorschriften und spricht „behördlich“. Die beiden „Sprachen“ kommen nicht zusammen, da kommen Emotionen hoch, die die Kommunikation stark behindern. Wichtig wäre es in dem Fall, dass man dem Betroffenen nicht einen Brief schreibt, sondern zum Telefon greift oder, wenn das Telefon nicht reicht, sich zu einem runden Tisch zusammensetzt.

Die Gemeinsame Servicestelle könnte auch Case-Managerin sein, und zwar immer dann, wenn es um schwierigere Situationen geht, wo Koordination gefragt ist. Dazu braucht es Mitarbeiter, die vielleicht sogar im Idealfall über Mediatorenfähigkeiten verfügen und die auch Probleme unterhalb der Oberfläche erkennen, z. B. wenn der Antragsteller Schulden hat oder familiäre Probleme oder Süchte im Hintergrund sind.

Ein weiterer wichtiger Aspekt: alle Beteiligten müssen die Vermittlung wollen. Es ist schon so, dass auch Selbsthilfe-Verbände, die selbst Hilfeanbieter sind oder Träger die Gemeinsame Servicestelle

durchaus als Konkurrenz ansehen. „Das können wir selbst“ oder „da brauchen Sie nicht mehr mitzudenken“ ist dann öfter mal die Antwort. Insofern wäre vielleicht eine Überzeugungsarbeit nötig, dass im Grunde hier alle zusammenarbeiten müssen. Für den Träger der Gemeinsamen Servicestelle ist festzuhalten, dass er genügend Zeit zur Verfügung stellen muss für die, die in der Gemeinsamen Servicestelle arbeiten.

Gehen wir zurück zum runden Tisch. Der runde Tisch ist als Werkzeug wichtig, aber natürlich kann man auch den sabotieren, in dem man dorthin Personen schickt, die weder kompetent noch entscheidungsbefugt sind. Es nutzt nix, wenn am runden Tisch die Dinge diskutiert werden und dann ein Mitglied dieses runden Tisches heimgeht zu seinem Träger und dem Entscheider die Situation übersetzt. Dieser denkt ans Budget und sagt „Nein.“ Damit ist der Sinn des runden Tisches verfehlt.

Aufgefallen ist, insbesondere im Rahmen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, dass öfter mal ein Sachbearbeiter da ist, der duckt sich, legt die Ohren an und macht sich ganz klein in der Hoffnung, dass keine Fragen kommen. Besser wäre es, er würde die Möglichkeiten und auch die Grenzen aufzeigen. Gerade auch die Grenzen aufzuzeigen ist wichtig, denn dann hätte man die Chance, dass eine sachliche Diskussion zu Stande kommt.

Ein anderer wichtiger Aspekt damit das Ganze funktioniert ist Netzwerkpfege. Die muss ich aktiv betreiben und dauerhaft angehen. Es reicht nicht, einmal im Jahr Netzwerkpfege zu betreiben und es dabei für die nächsten Jahre zu belassen. Netzwerkarbeit ist eine stetige Geschichte, die aktiv angegangen werden muss, auch im Interesse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in die Arbeit neu hinzukommen.

Noch etwas ist mir ein besonderes Anliegen: Dass Gemeinsame Servicestellen auch erfolgreich sein wollen. Ein Beispiel aus Schwäbisch Hall: da haben wir zusammen mit der Wirtschaftsförderungsgesellschaft eine Veranstaltung gemacht für kleine und mittlere Betriebe, um diese auf das Demografie-Problem hinzuweisen und zu sagen: denkt auch an eure älteren Mitarbeiter, behandelt sie pfleglich, ihr habt keine anderen. Drei Tage später kommt eine Mail von einer Spedition mit 35 Mitarbeitern. In der steht: Ich habe einen Mitarbeiter von 50 Jahren, dem fehlt ein Arm und er hat ein Problem damit, die Türen vom Anhänger auf- und zuzumachen. Der ist häufig krank. Oder: Ich habe einen Mitarbeiter mit 38 Jahren, der hat eine Tochter, die wurde missbraucht, der Vater hat Krebs und hat Schulden, also irgendetwas müssen wir tun.

Im Sinne des SGB IX war die Veranstaltung schon erfolgreich. Nur hat natürlich der Servicestellen-Mitarbeiter danach ganz schön Arbeit. Als conclusio könnte man vielleicht sagen, es müssen alle, auch die Selbsthilfe, die Träger, die Betroffenen die Hilfe beim Lotsen wünschen und akzeptieren. Und auch die Träger selber könnten z. B., indem sie in ihren Mitglieder-Blättern, in ihrer Öffentlichkeitsarbeit auf Gemeinsame Servicestellen hinweisen, mithelfen. Sie könnten auch die Gemeinsame Servicestelle in Anspruch nehmen, nicht nur der Betroffene, auch der Träger.


Fazit: Teilhabepflege beginnt im Kopf.“


ARBEITSFOREN



Blick ins Forum

Arbeitsforum 3 – Mit Wunsch- und Wahlrechten erfolgreich teilhaben Input Frau Gracia Schade, ZSL Mainz e. V.







Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen Mainz e.V. 

Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen, Mainz e.V.

Mit Wunsch- und Wahlrecht erfolgreich teilhaben
19. Oktober 2011




Rheinstraße 43-45
55116 Mainz
Tel.: 06131-146743
Mail: info@zsl-mainz.de

Mit freundlicher Unterstützung durch:   

Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen Mainz e.V. 

Inhalt

- Der Paradigmenwechsel
- Wunsch- und Wahlrecht
 - In den verschiedenen Lebensbereichen
 - Beteiligte Akteure
 - Hindernisse
 - Lösungen
 - Arbeitspakete

Mit freundlicher Unterstützung durch:   

Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen Mainz e.V.



ZsL Mainz e.V.

- Beratungsstelle und Interessenvertretung
- Methode des Peer Counseling in vielen Angeboten
- 26 MitarbeiterInnen mit und ohne Behinderung
- Regionalstelle in Bitburg-Prüm

Mit freundlicher
Unterstützung durch:



Heidehof
Stiftung

Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen Mainz e.V.



Der Paradigmenwechsel

Wahlmöglichkeiten entstehen dadurch,
dass wir uns bewusst werden, was wir
wirklich wollen.

*(Angela Ulrich, integra gGmbH - Fachdienst Arbeit Lübeck und
Ostholstein)*

Mit freundlicher
Unterstützung durch:



Heidehof
Stiftung

Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen Mainz e.V.

ZsL

Selbstbestimmt Leben Bewegung

- **1962** Beginn der Bewegung in den USA (Student mit eiserner Lunge)
- **Ende der 60er** Gründung der ersten Cebeef's
- **1972** erstes ZsL in den USA
- Zwischen **1974 und 1979** diverse Aktionen und Gruppengründungen, z.B. erste "Krüppelgruppe" in Bremen

Mit freundlicher Unterstützung durch:



Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Heidehof
Stiftung

Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen Mainz e.V.

ZsL

- **1981** Protestaktionen zum "UN-Jahr der Behinderten"
- **1986** Erstes ZsL Bremen
- **1990** Gründung Dachverband (ISL)
- **1992** Gründung "bifos" - Institut
- **1995** Beginn der People First Bewegung
- **1998** "Weibernetz e.V.", politische Interessenvertretung behinderter Frauen
- **2002** Vorbereitung von "Disability studies" an Hochschulen

Mit freundlicher Unterstützung durch:



Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Heidehof
Stiftung

Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen Mainz e.V.



Gesetzliche Änderungen

- **1994** Grundgesetz Artikel 3 Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden
- **2001** SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- **2002** Bundesgleichstellungsgesetz für behinderte Menschen
- **2003** Landesgleichstellungsgesetz RLP
- **2006** Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
- **2009** UN Konvention

Mit freundlicher Unterstützung durch:



Heidehof
Stiftung

Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen Mainz e.V.



Begrifflichkeiten

- Aktion Sorgenkind wird im März 2000 Aktion Mensch
- Selbstbestimmung ≠ Unabhängigkeit
- Zugänglichkeit ≠ Barrierefreiheit
- Betreuung ≠ Hilfe ≠ Assistenz ≠ Unterstützung
- integrativ ≠ inklusiv
- Mitwirkung ≠ Teilhabe ≠ Empowerment
- Gesund ≠ MoB ≠ normal
- Krank ≠ MmB ≠ nicht normal

Mit freundlicher Unterstützung durch:



Heidehof
Stiftung



Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen Mainz e.V.



Assistenz

Als **Persönliche Assistenz** bezeichnet man die Unterstützung von Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung in Situationen des täglichen Lebens auf Hilfestellungen angewiesen sind. Die Unterstützung kann in der Wohnung, wie z. B. bei der Körperpflege oder bei der hauswirtschaftlichen Versorgung etc., in der Freizeit oder auch am Urlaubsort erfolgen.

Selbstbestimmte Assistenz: wer macht was wann in welcher Form

Mit freundlicher Unterstützung durch:



Heidehof
Stiftung

Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen Mainz e.V.



Unterstützung von Menschen mit Lernschwierigkeiten


- Selbstbestimmung und nicht Fremdbestimmung
- Leichte Sprache verwenden
- Fehler zulassen können
- Betroffene geben das Tempo vor und entscheiden selber
- Unterstützung heißt auch Tipps geben
- Partnerschaftliche Zusammenarbeit auf Augenhöhe
- Anleitung und Hilfestellung

Mit freundlicher Unterstützung durch:






Heidehof
Stiftung




Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen Mainz e.V. 




Wunsch- und Wahlrecht

- Was muss verändert werden in Bezug auf die verschiedenen Bereiche:
 - Arbeit und Bildung
 - Wohnen
 - Barrierefreiheit
 - Gesundheit
 - Mobilität
 - Freizeit


Mit freundlicher Unterstützung durch:   Bundesministerium für Arbeit und Soziales  Heidehof Stiftung

Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen Mainz e.V. 


Welche Akteure sind beteiligt?

Mit freundlicher Unterstützung durch:   Bundesministerium für Arbeit und Soziales  Heidehof Stiftung




Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen Mainz e.V. 

Welche Hindernisse existieren?


Mit freundlicher Unterstützung durch:   Bundesministerium für Arbeit und Soziales  Heidehof Stiftung

Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen Mainz e.V. 

Lösungen?

Mit freundlicher Unterstützung durch:   Bundesministerium für Arbeit und Soziales  Heidehof Stiftung




Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderteter Menschen Mainz e.V. 

Arbeitspakete bilden

- Prioritäten setzen

Mit freundlicher Unterstützung durch:



Bundesministerium für Arbeit und Soziales



Heidehof
Stiftung

Zusammenfassung der Ergebnisse durch Frau Gracia Schade:

„Ja, vielen Dank. Wir haben zu Beginn des Workshops eine kurze Zeitreise gemacht, die mir wichtig war. Ich komme aus der „Selbstbestimmt Leben“-Bewegung und natürlich ist es uns ein ganz besonderes Anliegen, dass das Wunsch- und Wahlrecht nicht nur auf dem Papier steht, sondern dass es die Betroffenen auch wirklich nutzen können und wissen, dass sie Möglichkeiten haben. Von daher habe ich mir ein bisschen die Zeit genommen und den Paradigmenwechsel dargestellt, indem ich die letzten 40 Jahre zurückgesprungen bin und ein paar Punkte herausgehoben habe, an denen die „Selbstbestimmt Leben“-Bewegung Akzente gesetzt hat. Danach sind wir auch auf gesetzliche Änderungen eingegangen, aber auch das nur in aller Kürze. Natürlich waren auch das SGB IX mit dabei und die UN-Behindertenkonvention.

Ich bin zum Schluss, bevor wir in die Diskussion gegangen sind, noch eingegangen auf Begrifflichkeiten, denn auch hier hat sich in den letzten 20 Jahren sehr viel getan. Begriffe werden häufig unterschiedlich und teilweise synonym verwendet, wo aber große Unterschiede herrschen. Ein Beispiel dafür sind die Begriffe „Assistenz“ und „Betreuung“. Diese werden teilweise synonym verwandt, was aber natürlich nicht richtig ist. Danach ging es dann in die Diskussion. Wir hatten verschiedene Fragestellungen, mit denen wir uns befasst haben.

Ich habe am Anfang in die Runde gefragt: Was muss in den verschiedenen Lebensbereichen verändert werden? Also nicht nur das Thema Gesundheit, Arbeit, Bildung, Wohnen oder Freizeit, sondern einfach alles, wo behinderte Menschen teilhaben können und sollen. Es wurde festgestellt, dass im Prinzip für alle Bereiche möglichst unabhängige Ansprechpartner gebraucht werden, die den Betroffenen zur Seite stehen. Das führte zu dem Vorschlag, Beratungsstellen bereitzuhalten, in denen man Unterstützung bekommt und die nicht nur gut sind für Menschen mit Behinderung, sondern für alle Menschen, weil jedem Menschen im Laufe des Lebens ganz vielfältige Anliegen begegnen können.

Wir waren an dieser Stelle noch nicht beim Thema Gemeinsame Servicestellen, das kam dann erst zu einem späteren Zeitpunkt sehr intensiv. Es wurde auch gesagt, dass man mehr Kompetenz in der Beratung benötigt. Die Beratungsstrukturen sind sehr verschieden, in der klassischen Selbsthilfe vorwiegend ehrenamtlich. Auch hier findet sich eine hohe Fachkompetenz. Aufgrund der sehr engen zeitlichen Ressourcen besteht aber natürlich auch die Schwierigkeit, ständig Neues aufzunehmen. Man muss sich immer wieder weiterbilden und fortbilden, wozu nicht alle immer die gleichen Möglichkeiten haben. Für eine qualitativ hochwertige Beratung wäre das eigentlich von Nöten. Erforderlich ist ein besserer Informationsfluss. Häufig scheitern Dinge nicht unbedingt per se am Nicht-Wollen, sondern einfach am Nicht-Wissen.

„Verbraucherfreundlichkeit“, „menschenfreundliche Aktivitäten“ waren in diesem Zusammenhang oft genannte Stichworte, weil wir immer wieder auch gesagt haben, dass das, was behinderten Menschen zu Gute kommt, häufig auch vielen anderen Menschen, die keine Behinderung haben, zu Gute kommt.

ARBEITSFOREN

Das Stichwort „Barrierefreiheit“ – auch darüber haben wir uns ausgetauscht. Auch hier ist eine relativ große Zielgruppe angesprochen. Zum einen auf Grund des hohen Anteils von älteren Menschen, aber auch von Menschen, die nur vorübergehende gesundheitliche Probleme haben und in dieser Zeit von einer Barrierefreiheit profitieren. Natürlich war auch zu bedenken, dass es nicht nur um die räumliche Barrierefreiheit geht, sondern auch darum, übergreifend zu denken und zu arbeiten. Oft sind nicht unbedingt räumliche oder materielle Barrieren das größte Hindernis, sondern Barrieren in den Köpfen. An der fehlenden Barrierefreiheit in den Köpfen scheitert auch sehr Vieles vorab.

Wir haben uns dann mit den einzelnen Bereichen ansatzweise befasst. Ein ganz wichtiges Thema war dabei auch Barrierefreiheit von Arbeits- und Bildungsstätten. Wirklich alle Menschen mit Behinderung sollten die Chance haben, möglichst alle Arbeits- und Bildungsstätten nutzen zu können. Es geht darum, dass z. B. ein blinder Mensch nicht immer in ein Berufsförderungswerk gehen muss, das speziell ausgelegt ist auf blinde Menschen, sondern dass alle Einrichtungen inklusiv aufgestellt sind.

„**E**S BRAUCHT MEHR KREATIVITÄT AUF ALLEN SEITEN, NICHT NUR BEI DEN BETROFFENEN, SONDERN NATÜRLICH AUCH BEI DENEN, DIE ÜBER ANTRÄGE ENTSCHEIDEN.“

Es braucht mehr Kreativität auf allen Seiten, nicht nur bei den Betroffenen, sondern natürlich auch bei denen, die über Anträge entscheiden. Diese müssten sich darauf einlassen, dass da ein Betroffener kommt, der ein bestimmtes Anliegen hat. Und dann muss man einfach mal überlegen, ob es außerhalb von „Schema F“ nicht vielleicht eine andere Idee gibt, über die man sich mit dem einen oder anderen austauschen kann und die zu einer angemessenen Lösung führt.

Dass dabei natürlich die gesetzlichen Rahmenbedingungen gewahrt werden müssen, ist uns allen bewusst. Wir haben Rahmenbedingungen, an die wir uns halten müssen. Wenn man auch nur sehr gemäßigt und moderat darauf einwirken kann, dass sich das eine oder andere verändert, so sollte man zumindest den gesetzlichen Rahmen auch ausschöpfen. Ggf. müssen aber auch sicherlich gesetzliche Rahmenbedingungen auf den Prüfstand, wenn die Bedarfe sich sehr stark verändern und die Gesetze das nicht mehr hergeben. Da muss sicher auch der Gesetzgeber mal ran und sich Gedanken machen, wie das Eine oder Andere verändert werden kann.

ARBEITSFOREN

Im nächsten Schritt haben wir uns mit den Akteuren auseinandergesetzt. Wir haben jetzt schon viel von Gesetzen gesprochen. Gesetzgeber auf Bundes- und Landesebene sind hier natürlich massiv gefordert, Veränderungen herbeizuführen. Das ist ein sehr langwieriger Prozess, den wir an vielen Stellen sehen, aber es muss einfach weitergehen.

Auch die Leistungsanbieter, wie z. B. Pflegedienste, Werkstätten für behinderte Menschen, Anbieter von Wohnmöglichkeiten sowohl ambulanter als auch stationärer Natur sind natürlich gefordert, sich sehr zu verändern. Die müssen sich darauf einlassen können, dass die Betroffenen mittlerweile – dank Wunsch- und Wahlrecht – mit anderen Anforderungen auf sie zukommen und andere Bedürfnisse artikulieren. Aber da ist sicherlich noch viel Potenzial zu heben, dass die Leistungsanbieter sich darauf einlassen können.

AUCH DER BETROFFENE MENSCH BRAUCHT NATÜRLICH DAS WISSEN, DASS ER SICH ZWISCHEN VERSCHIEDENEN VARIANTEN ENTSCHEIDEN KANN. JEDE REGIONALE UND ÜBERREGIONALE SELBSTHILFEGRUPPE IST DAHER GEFORDERT, IMMER AUF DEM AKTUELLSTEN STAND ZU SEIN.“

Auch der betroffene Mensch braucht natürlich das Wissen, dass er sich zwischen verschiedenen Varianten entscheiden kann. Jede regionale und überregionale Selbsthilfegruppe ist daher gefordert, immer auf dem aktuellsten Stand zu sein. Ich hatte vorhin bereits auf die Notwendigkeit von Informationsfluss und Beratungskompetenz hingewiesen. Das hat sich dann auch bis ans Ende durchgezogen wie ein roter Faden mit einem besonderen Focus auf die Gemeinsamen Servicestellen, die hier einen ganz großen Beitrag leisten können oder können müssten.

Wir haben uns dann mit Hindernissen bzw. auch Lösungen beschäftigt, indem wir Hindernisse benannt und dann überlegt haben, wie eine Lösung aussehen könnte. Die Gemeinsamen Servicestellen, das haben wir heute schon mehrfach diskutiert, funktionieren nicht überall gleich gut, da gibt es noch Nachholbedarfe. Gewünscht sind eine unabhängige Beratung, wie sie auch vom Gesetzgeber vorgesehen ist und die Kommunikation mit anderen Trägern. Auch hier sind sehr große Unterschiede festzustellen. Es gibt einfach die Problematik, dass ein Servicestellen-Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin, die einen anderen Träger anruft, dort auf Widerstände oder Unverständnis stoßen kann. Dann kann natürlich eine Gemeinsame Servicestelle auch nicht funktionieren und das dahinter liegende Konzept wird konterkariert.

Vieles könnte sich noch verbessern im Aufbau von Netzwerken. Gemeinsame Servicestellen sollten überlegen, mit welchen Trägern sie sich enger austauschen müssen und sich vielleicht zweimal im Jahr zu treffen, wie es hier in Baden-Württemberg geschieht. Je nach dem, um welches Netzwerk es geht, müssen regelmäßige Treffen institutionalisiert werden. Zwar können moderne Kommunikationswege genutzt werden, aber manchmal ist ein persönliches Kennenlernen ganz wichtig. Es bildet die Basis für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Stichwort war auch die Institutionalisierung. Wir haben dann als ein weiteres Hindernis aufgeschrieben die Unklarheit bei der Quantifizierung des Bedarfs. Da war z. B. die Frage im Zusammenhang mit dem Stichwort „Wohnen“, wie viele Angebote werden denn z. B. in ambulanter Form durch die Form von Wohngemeinschaften benötigt. Das kann man natürlich nicht pauschal sagen. Wenn ich weiß, ich brauche in Mainz so und so viel Wohngemeinschaften, kann ich das nicht 1:1 übertragen z. B. auf Stuttgart. Das muss ich wirklich vor Ort ansehen. Eine Idee war, regionale Erhebungen zu machen. Ich habe in Mainz Werkstätten für behinderte Menschen ange-mailt und gefragt, wie viele ihrer Beschäftigten noch wohnhaft bei den Eltern sind. Ich habe dann eine Rückmeldung bekommen, dass es ca. 40 % sind. Da haben wir aber noch einige Probleme vor uns, denn wir wissen, dass die Elterngeneration in ein Alter kommt, in dem es ihnen nicht mehr so ohne weiteres möglich ist, sich um ihre behinderten erwachsenen Kinder kümmern zu können. Was kommt dann? Wenn sie sich nicht vorher überlegen, welche Wohnmöglichkeiten in Frage kommen und wenn man dann im Notfall von heute auf morgen eine Lösung braucht, ist es natürlich relativ schwierig, dann noch Wunsch- und Wahlrecht zu thematisieren. Dann habe ich vielleicht nur einen freien Platz und der muss dann genommen werden. Und hier dann zu einem späteren Zeitpunkt eine Veränderung herbei zu führen ist sicher auch nicht ohne weiteres möglich. Die Bedarfe sind regional sicherlich sehr unterschiedlich, aber das könnte eine Variante sein, den quantitativen Bedarf zu erfragen.

Trägerübergreifende Bedarfsfeststellung, das knüpft noch einmal ein bisschen an das an, was wir am Vormittag gehört haben. Übergreifende Kenntnisse und Kompetenzen nutzen, das Bild vom „Kümmerer“, der die Fäden in der Hand hält – das waren Stichworte im weiteren Diskussionsverlauf. Betont wurde die Notwendigkeit klarer Strukturen für die Gemeinsamen Servicestellen und neutrale Beratung. Klare Strukturen meint, dass es nicht in die Beliebigkeit eines Trägers gestellt werden darf, wo eine Gemeinsame Servicestelle eingerichtet wird, wie viele Mitarbeiter bereitgestellt werden und mit welchem Stundenanteil sie dieses Geschäft betreiben. Da gibt es große Unterschiede. Für manche ist es ein „Nebenbeigeschäft“, wo dann natürlich die qualitativ hochwertige Arbeit nicht sichergestellt werden kann und dies auf allen Seiten Frust schafft.

Wir haben dann für zwei Bereiche noch einmal versucht, konkret ein Arbeitspaket zusammenzustellen. Was müssten jetzt erste Schritte sein? Ein Bereich ist sicherlich, dass man in den Aktionsplänen der Landesregierungen, die gerade im Entstehen sind oder bei deren Aktualisierung, das Thema „Gemeinsame Servicestellen“ mit aufnimmt. Da nimmt man dann auch die Landesregierungen ein wenig mit in die Verantwortung, die Dinge zu verbessern.

Ein anderer ganz wichtiger Bereich ist mit Sicherheit die Sozialraumorientierung, damit schlussendlich auch klar wird, was wirklich vor Ort gebraucht wird und nicht irgendwelche überflüssigen Angebote regional und an dem Standort entstehen. Es geht hier wirklich um Wunsch- und Wahlrecht, um die Schaffung von Wahlmöglichkeiten, um die Analyse, was die Bedarfe vor Ort sind und darum, was die Betroffenen wollen. Und dann kann ich als betroffener Mensch wirklich sagen, ich möchte das oder ich möchte das und kann unter verschiedenen Angeboten wählen. Und darüber hinaus ist es auch für mich erreichbar, das Wissen in Erfahrung zu bringen, das ich dafür brauche.

Ja, das war dann das Ende unserer Arbeitsgruppe und soweit erst einmal Danke.“

Nachfrage von Frau Prof. Dr. Katja Nebe: „Frau Schade, vielen Dank für Ihren ausführlichen Bericht. Ich wollte noch einmal nachfragen, was bei uns auch nur am Rande aufgetaucht ist: Was ist die Rolle von Betrieben für die Feststellung von Reha-Bedarfen, ist das in Ihrer Gruppe noch diskutiert worden? Vielleicht gibt es positive Erfahrungen.

Und Sie hatten über Barrierefreiheit gesprochen. Je geringer die Barrieren sind, umso größer sind die Teilhabe-Chancen. Vielleicht gibt es auch hierzu positive Erfahrungen aus Ihrem Bereich?“

Frau Schade: „Ja, wir haben das Thema 'Betriebe' tatsächlich im Rahmen der Barrierefreiheit angesprochen. Die Arbeitsstätten-Verordnung müsste so ausgelegt sein, dass mehr Betriebe sich barrierefrei aufstellen müssen. Das kann sicherlich auch nur sukzessive erfolgen. Aus eigener Erfahrung weiß ich, aber da kann ich jetzt vorwiegend nur für Rheinland-Pfalz bzw. Mainz sprechen, dass wir mit dem Budget für Arbeit natürlich auch mal neue Wege gehen können. Dass Menschen auch eine Chance bekommen, aus der Werkstatt heraus zu kommen oder gar nicht erst in die Werkstatt reingehen. Oder sie werden auf dem ersten Arbeitsmarkt integriert unter Beteiligung verschiedener Akteure. Die Werkstätten sind dafür durchaus offen, was sicherlich keine Selbstverständlichkeit ist. Denn es betrifft natürlich eher die Menschen, die die Leistungsträger in der Werkstatt sind. Und das sind dann spannende neue Wege, zu deren Umsetzung es ein bisschen das Kreative braucht.“

Botschaften an die Veranstalter

Frau Zinke:

„Ich habe nun Folgendes vor: Wir haben bis jetzt ganz viel gearbeitet, vor allem in den Arbeitsgruppen. In denen gab es Verantwortliche, die ich noch einmal bitten möchte – Frau Prof. Dr. Nebe, Herrn Hellstern und auch Frau Schade – eine Botschaft an die Veranstalter, in einem Satz auf den Punkt gebracht, aus der Arbeitsgruppe mitzugeben. Was wäre so die wesentliche Botschaft?“

Frau Prof. Dr. Nebe:

„Meine Botschaft an die Veranstalter ist, Veranstaltungen dieser Art regelmäßig zu initiieren, zu organisieren, in der so ein konstruktiver Austausch stattfindet. Ich hatte so den Eindruck, was vor 10 Jahren schon mal diskutiert worden ist, um das SGB IX zu etablieren, holen wir auf einem anderen Niveau nach, aber wir brauchen es wahrscheinlich.“

Herr Hellstern:

„Ich finde die Veranstaltung gut. Sie ging ja auch im Ansatz in die richtige Richtung zum Thema: Wie gehen wir denn nun konkret mit der Geschichte um? Man könnte vielleicht versuchen, noch etwas konkreter an die Frage heranzugehen: wie gehen wir mit dem konkreten Fall um? Brauche ich immer diese hohen Standards oder gibt es vielleicht auch Fälle, wo ich mich mit niedrigeren Standards ökonomischer bewegen kann, um dann dort, wo es wirklich nötig ist, Kapazität zu haben. Das wäre vielleicht eine Idee für die nächste Veranstaltung.“

Frau Schade:

„Wir haben in unserer Arbeitsgruppe ja ausführlich über die Gemeinsamen Servicestellen diskutiert und Frau Labisch hat dann erzählt, was die BAR momentan in diesem Bereich macht. Dazu würde ich mal sagen: „Nicht locker lassen“. Also das würde ich mir wünschen.“

Frau Zinke:

„Vielen Dank für die Botschaften an die Veranstalter, die Rentenversicherung Baden-Württemberg und die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Sie haben jetzt das Schlusswort und ich gebe Ihnen natürlich auch noch ein, zwei Sachen mit auf den Weg. Und zwar sind da Schlagworte vor allem am Schluss gefallen. Das Thema



Claudia Zinke, Paritätischer Gesamtverband

Vertrauen, Wissen, Veränderungen im Kopf und Kreativität. Da bin ich jetzt gespannt, was eine Behörde, eine Institution zu diesen Schlagworten sagt. Ich verabschiede mich von Ihnen.“

Schlussworte von Herrn Hubert Seiter, Erster Direktor der DRV Baden-Württemberg

„Kreativität ist ganz hoch angeschrieben. Wir haben eine Arbeitsgruppe gebildet, die Ausbildungsinhalte für die Menschen in Servicestellen kreiert, die nicht nur theoretisch sind, sondern auch die Praxis einbezieht durch Hospitation bei Behinderten-Institutionen, aber auch bei solchen Institutionen, mit denen sie zusammenarbeitet, z. B. Arbeitsagenturen, Krankenkassen und andere. Wir machen ein Curriculum ganz kurzfristig, das wir dann der BAR geben, damit es dann umgesetzt wird mit dem Ziel – Herr Hellstern, das war ja auch ein Ansinnen von Ihnen –, dass dann möglicherweise diese Menschen mehr wissen werden als andere, vielleicht noch einen Tick besser eingestellt sind.

Ansonsten kann ich nur sagen, Herr Petri: Weiter so! Zeigen Sie, was möglich ist.“

Schlussworte von Herrn Bernd Petri, Geschäftsführer der BAR

„Vielen Dank Herr Seiter. Also für die BAR kann ich Ihnen ganz klar versichern, wir haben die Devise: 'Es gibt nichts Gutes, außer man tut es'. Erich Kästner hat uns das mal gesagt, vor langer Zeit. Dahinter steht, wir reden über die Aspekte, wie heute, wir reden und reden. Und tatsächlich nehmen wir aber erst mit dem Handeln unsere Verantwortung wahr. Die Verantwortlichen, der geschäftsführende Vorstand und natürlich auch meine Person, wir werden das, was uns heute ins Stammbuch geschrieben wurde, aufnehmen. Wir werden es nicht nur dokumentieren in einem schicken Tagungsband, sondern wir werden viele einzelne Teile in unseren Arbeitsauftrag übernehmen. Da werden sicher die Themen dabei sein wie „trägerübergreifende Bedarfsfeststellung“, „frühzeitige Bedarfserkennung“, „ICF-Orientierung“ und Fortentwicklung auch der Gemeinsamen Servicestellen, im positiven Sinne, wie hier in Baden-Württemberg. Das Thema Wunsch- und Wahlrechte werden wir kritisch begleiten. Die Umsetzung, natürlich bei den einzelnen Trägern, wird da auch den einen oder anderen Hinweis geben.

Das ist alles nur möglich, wenn man tatsächlich diese Devise sich vor Augen hält. Das Handeln ist das Entscheidende, nicht das Sprechen, das Lehren alleine, das Reden miteinander, sondern das Tun. Dafür stehe ich auch bei der BAR und ich bin froh, dass mich meine Vorstandsvorsitzenden, Herr Nürnberger und Herr Dr. Wuttke, dabei unterstützen.

Ich wünsche Ihnen allen, dass Sie in diesem Sinne auch weitermachen. Ich möchte mich aber vor allen Dingen bei Ihnen allen bedanken für die heutige Teilnahme und Ihr intensives Mitdiskutieren. Bei allen Referenten, bei unserer Moderatorin, Frau Zinke und vor allen Dingen bei dem Hausherrn, Herrn Seiter. Bei Herrn Hartschuh, der das alles wunderbar mit organisiert hat. Ich glaube, wir sind auf einem guten Weg. Es wird nicht die letzte Veranstaltung dieser Art sein. Wir haben uns fest vorgenommen, solche Fachgespräche kontinuierlich einzuleiten und durchzuführen, kompakt und komprimiert. So werden wir von Jahr zu Jahr zu neuen Ufern eilen können. Also noch einmal vielen Dank.“



Idee, Konzeption, Umsetzung und Organisation

Für die BAR:

Bernd Giraud
Dr. Larissa Beck
Regina Labisch
Erich Lenk
Diana Arnold

Für die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg:

Ulrich Hartschuh

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.