

(<http://www.hamburg.de/basfi/fa-sgbxii-kap06-53/nofl/1368/register-fm/>) (<http://www.hamburg.de/basfi/fa-sgbxii-kap06-53/nofl/9990/suchbox-fm/>)  
 (<http://www.hamburg.de/basfi/fa-sgbxii-kap06-53/nofl/9996/subnavigation-fm/>)



Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration

Infoline Sozialhilfe

## Fachanweisung zu § 53 SGB XII

Allgemeine Ziele, Grundsätze und Regelungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen vom 01.02.2014 (Gz. SI 41 / 112.42-4-11)

### 1. Ziele

Die Eingliederungshilfe soll einen Ausgleich für eine Benachteiligung des behinderten oder von einer wesentlichen Behinderung bedrohten Menschen durch die Gesellschaft schaffen. Als soziale Rehabilitation soll die Eingliederungshilfe die sozialen Folgen einer Behinderung beseitigen oder mildern. Sie dient neben den in § 53 Abs. 3 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/sqb\\_12/\\_53.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sqb_12/_53.html)) aufgelisteten Zielen insbesondere dazu,

- die Bereitschaft und Fähigkeit der Betroffenen und ihres persönlichen Umfeldes zur Selbsthilfe zu fördern,
- dem behinderten Menschen ein weitestgehend selbständiges und selbst bestimmtes Leben zu ermöglichen,
- eine möglichst weitgehende Unabhängigkeit von öffentlichen Leistungen zu erreichen und
- die persönliche Entwicklung zu fördern.

Hingegen verfolgt die Eingliederungshilfe nicht vorrangig medizinische Ziele, indem sie bei den Ursachen der Behinderung ansetzt. Dies ist Aufgabe der medizinischen Rehabilitation, die den gesetzlichen Krankenkassen obliegt.

Die individuelle Lebenssituation des Leistungsberechtigten ist mit den Leistungen der Eingliederungshilfe so zu gestalten, dass das höchstmögliche Maß an Normalität, verglichen mit der Lebenssituation nicht behinderter Menschen, erreicht werden kann.

### 2. Vorgaben

Zur Erreichung der Ziele der Eingliederungshilfe (s.o. 1.) kommen Leistungen der Eingliederungshilfe nur in Betracht, soweit der Bedarf weder durch im Sozialraum vorhandene Angebote sowie vorrangige Leistungen anderer Regelsysteme (z.B. Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II, Rentenversicherung oder gesetzliche Krankenkasse) gedeckt wird bzw. werden kann. Zur Aufrechterhaltung der familiären und sozialen Beziehungen und Erleichterung der gesellschaftlichen Teilhabe, soll Eingliederungshilfe in der Regel wohnortnahe Angebote im Rahmen der ortsüblichen Entfernungen innerhalb der Freien und Hansestadt Hamburg nutzen, sofern nicht Besonderheiten des Einzelfalles dagegen sprechen. Die Angebote sollen ohne zusätzliche Fahrtkosten erreichbar sein.

Bei der Leistungsgewährung ist den geschlechtsspezifischen Besonderheiten behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen Rechnung zu tragen.

#### 2.1 Klärung der Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers

Es ist in jedem Fall zunächst zu prüfen, ob der Sozialhilfeträger für die beantragte Leistung sachlich und örtlich zuständig ist.

Ist er nicht zuständig, leitet er gem. § 14 SGB IX den Antrag innerhalb von zwei Wochen nach Eingang an den nach seiner Meinung zuständigen Rehabilitationsträger weiter. Die Weiterleitung ist zu begründen.

Auf die Vorschrift des § 14 SGB IX muss dabei ausdrücklich Bezug genommen werden.

Leitet der SHT den Antrag nicht weiter bzw. holt er kein Gutachten ein, so muss er über den Antrag innerhalb von drei Wochen entscheiden (§ 14 Abs. 2 SGB IX). Er kann ggf. einen Erstattungsanspruch bei dem seiner Meinung nach zuständigen Träger anmelden. Besonderheiten und Details zur Regelung der Zuständigkeit sind in Globalrichtlinien und Fachanweisungen zu den einzelnen Leistungsarten zu finden.

Bei Leistungen der Pflegekasse und bei häuslichen Krankenpflege der Krankenversicherung ist § 14 SGB IX nicht anwendbar, weil die Pflegekasse kein Rehabilitationsträger und die häusliche Krankenpflege keine Rehabilitationsleistung ist. Die Krankenversicherung ist jedoch für alle Leistungen der medizinischen Reha vorrangig leistungspflichtig.

#### 2.2 Personenkreis und Leistungsansprüche

§ 53 SGB XII unterscheidet zwischen Personen, die einen Rechtsanspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe haben und Personen, die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten können.

### 2.2.1 wesentlich behinderte Menschen

Einen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe haben nach § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb\\_12/\\_53.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_12/_53.html)) SGB XII Personen,

- die durch eine Behinderung (i.S. des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt sind oder
- die von einer wesentlichen Behinderung bedroht sind.

#### 2.2.1.1 kausaler Zusammenhang zwischen Teilhabeeinschränkung und Behinderung

Das Vorliegen einer Behinderung allein ist für die Zuordnung zum Personenkreis nach § 53 SGB XII nicht ausreichend, selbst wenn es sich um eine schwere Behinderung handelt. Erforderlich ist eine wesentliche Behinderung. Diese liegt vor, wenn durch die Behinderung die Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, wesentlich eingeschränkt ist.

Es muss also ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Behinderung und der Einschränkung der Teilhabefähigkeit bestehen, d.h. die Teilhabefähigkeit muss durch die Behinderung (und nicht durch andere Faktoren) eingeschränkt sein.

Die Teilhabefähigkeit muss zudem wesentlich eingeschränkt sein. Eine nur geringe Einschränkung reicht nicht aus.

Die einzelnen körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungsarten, die damit erfasst sind, sind in §§ 1-3 der VO nach § 60 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/bshg\\_47v/BJNR003390964.html](http://www.gesetze-im-internet.de/bshg_47v/BJNR003390964.html)) beschrieben.

#### 2.2.1.2 Nachweis der wesentlichen Behinderung

Für die Feststellung einer durch die Behinderung verursachten wesentlichen Teilhabeeinschränkung nach § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb\\_12/\\_53.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_12/_53.html)) ist die für die ärztliche Begutachtung zuständige Stelle zum Vorliegen einer Behinderung mit einer sozialmedizinischen Beurteilung einzuschalten. Diese Begutachtung kann nur dann durch eine fachärztliche Stellungnahme eines niedergelassenen oder Krankenhaus-Arztes ersetzt werden, wenn hier erkennbar die gleichen Kriterien wie bei einer behördlichen Stellungnahme angewendet wurden. Eine bloße Bescheinigung, dass eine wesentliche Teilhabeeinschränkung vorliege, reicht nicht aus. Zum Verfahren siehe 2.3.

#### 2.2.1.3 Aussicht auf Erfolg

Ein Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe besteht nur dann, wenn und solange die Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe nach § 53 Abs. 3 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb\\_12/\\_53.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_12/_53.html)) erfüllt und die Ziele erreicht werden können (Vgl. hierzu auch die Orientierungshilfe der BAGÜS vom November 2008 (<http://www.hamburg.de/contentblob/2145496/data/fa-sgbxii-53-egh-baques20081125-feststellungen.pdf>) für die Feststellungen der Träger der Sozialhilfe zur Ermittlung der Leistungsvoraussetzungen nach dem SGB XII i. V. m. der Eingliederungshilfe-Verordnung (EHVO) vom 24.11.2009).

#### 2.2.1.4 Kein Anspruch auf bestimmte Leistungen

Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen besteht kein Anspruch auf bestimmte Leistungen der Eingliederungshilfe. Maßgeblich ist der individuelle Bedarf des oder der Leistungsberechtigten. Mit welchen Leistungen in welchem Umfang dieser Bedarf gedeckt wird, entscheidet die zuständige Sozialdienststelle gem. § 17 Abs.2 SGB XII nach pflichtgemäßem Ermessen.

### 2.2.2 Menschen mit nicht wesentlichen Behinderungen

Bei Personen mit einer „anderen“ körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung steht die Bewilligung nach § 53 Abs. 1 S. 2 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb\\_12/\\_53.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_12/_53.html)) im Ermessen der zuständigen Dienststelle. Ein Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe besteht hier nicht.

Eine „andere“ Behinderung liegt vor, wenn die Behinderung nur vorübergehend, d.h. für weniger als sechs Monate besteht (vgl. § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb\\_9/\\_2.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_9/_2.html))) oder die Teilhabeeinschränkung nicht wesentlich ist.

Eine „andere“ Behinderung kann auch vorliegen, wenn die Behinderung ähnliche Auswirkungen auf die Teilhabe an der Gesellschaft hat, wie die in den §§ 1-3 der VO zu § 60 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/bshg\\_47v/BJNR003390964.html](http://www.gesetze-im-internet.de/bshg_47v/BJNR003390964.html)) (EingliederungshilfeVO) aufgeführten Behinderungsarten.

Auch wenn eine drohende Behinderung voraussichtlich keine andauernde wesentliche Einschränkung nach sich ziehen wird, kann Eingliederungshilfe gewährt werden. Hier wird eine Leistung nur im Ausnahmefall in Frage kommen - beispielsweise, wenn die Auswirkungen einer Erkrankung für einen befristeten Zeitraum trotz medizinischer Behandlung den Einschränkungen einer wesentlichen Behinderung sehr ähnlich sind und mit den Leistungen der Eingliederungshilfe eine wesentliche Verminderung der Einschränkungen zu erreichen ist.

Die für die ärztliche Begutachtung zuständige Stelle ist in jedem Fall mit einer entsprechenden gezielten Fragestellung um Stellungnahme zu bitten. Die Entscheidungsgründe sind im Bescheid darzulegen.

### 2.2.3 Leistungen für Ausländer



Leistungsberechtigt sind auch Ausländer, sofern die übrigen Voraussetzungen vorliegen, insbesondere Asylberechtigte, Kontingentflüchtlinge, EU-Staatsangehörige sowie Menschen mit Behinderung, die aus einem Staat kommen, der das Europäische Fürsorgeabkommen ratifiziert hat und sonstige Ausländer, die sich in Hamburg tatsächlich aufhalten, aber nicht zum Personenkreis nach § 1 AsylbLG gehören.

Es gilt der Grundsatz, dass nur solche Leistungen der Eingliederungshilfe bewilligt werden dürfen, deren Ziel innerhalb der aktuell gesicherten Aufenthaltsdauer erreicht werden kann.

Keine Hilfe nach dieser Fachanweisung erhalten Antragsteller, bei denen die Voraussetzungen des § 23 Abs. 3 oder Abs. 5 SGB XII vorliegen.

Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG haben gem. § 6 Abs.1 AsylbLG nur Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich oder zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten sind. Näheres – insbesondere die gutachterliche Stellungnahme von GA - regelt die Fachanweisung zum AsylbLG

Desweiteren sind vor der Einleitung des Gesamtplanverfahrens die ausländerrechtlichen Voraussetzungen zu prüfen (siehe Fachanweisung zum AsylbLG Teil B II. 3 Sonstige Leistungen (§ 6 AsylbLG) (<http://www.hamburg.de/basfi/asylblg/3361430/fa-asylblg-6/>) Ziff. 3.3.2)

### 2.3 Feststellung der Behinderung

Sofern keine qualifizierte Feststellung eines anderen oder vorrangigen Leistungsträgers vorliegt (Vgl. hierzu auch Orientierungshilfe der BAGüS vom November 200 (<http://www.hamburg.de/contentblob/2145496/data/fa-sgbxii-53-egh-baques20081125-feststellungen.pdf>)<sup>9</sup> für die Feststellungen der Träger der Sozialhilfe zur Ermittlung der Leistungsvoraussetzungen nach dem SGB XII i. V. m. der Eingliederungshilfe-Verordnung (EHVO) vom 24.11.2009) oder der Sozialhilfeträger zuständig ist, ist vor einer Bewilligung in der Regel eine unverzügliche gutachterliche Stellungnahme der für die ärztliche Begutachtung zuständigen Stelle erforderlich.

Diese Stellungnahme muss Angaben enthalten

- a. zur Zugehörigkeit zu den Personenkreisen des § 53 SGB XII.
- b. durch welche Funktionseinschränkung die Person behindert ist sowie wie und wodurch die Teilhabefähigkeit wesentlich eingeschränkt wird.
- c. bei Mehrfachbehinderungen, welche Behinderung im Vordergrund steht.
- d. bei Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG, weshalb die Maßnahme zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich bzw. zur Deckung besonderer Bedürfnisse geboten ist. Das Verfahren der Fachanweisung AsylbLG (<http://www.hamburg.de/basfi/asylblg/3361484/fa-asylblg-0-gesamtverzeichnis/>) ist zu beachten.

Bei der Begutachtung handelt es sich um einen Teil des Verwaltungsverfahrens der zuständigen Sozialdienststelle gem. § 20 SGB X. Es bestehen daher keine datenschutzrechtlichen Einschränkungen bzgl. der Übermittlung von Daten des ärztlichen Dienstes an die Sozialdienststelle.

### 2.4 Auswahl der Leistungen und Verfahren für Ermessensentscheidungen

#### 2.4.1 Wunsch- und Wahlrecht

Nach § 9 Abs. 1 SGB IX ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_9/\\_9.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/_9.html)) soll berechtigten Wünschen der Antragsteller – auch in Bezug auf die Auswahl eines Dienstes - Rechnung getragen werden, soweit sie angemessen sind.

**Berechtigt** sind dabei solche Wünsche, die die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten betreffen und deren Erfüllung geeignet ist, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu unterstützen. Darüber hinaus sind nach § 1 Satz 2 SGB IX ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_9/\\_1.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/_1.html)) die besonderen Bedürfnisse behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder aufzugreifen.

Wünsche zur Gestaltung der Leistung können sich auf die Leistungsart und die Form der Leistung beziehen. Dies ist im Rahmen der Ermessensausübung zu berücksichtigen.

Der Grundsatz des **Vorrangs der Geldleistung** vor der Sachleistung nach § 10 Abs. 3 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_10.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/_10.html)), ist in geeigneten Fällen in eine Ermessensprüfung einzubeziehen. Hierbei ist auch verstärkt auf das Persönliche Budget hinzuweisen.

Bei der **Gestaltung der Leistung (Leistungsform)** ist der Wunsch des behinderten Menschen durch das Gebot der Angemessenheit eingeschränkt. Vor der Entscheidung, ob Wünschen entsprochen werden kann, ist zu prüfen, ob die gewünschte Leistung zu einem erreichbaren Erfolg führen würde und den Zielen der Eingliederungshilfe nach § 53 Abs. 2 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_53.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/_53.html)) entspräche.

Entscheidend ist, dass Wünsche bereits frühzeitig bei der Entwicklung geeigneter Maßnahmen berücksichtigt werden. Das geeignete Instrument dafür ist die Einbeziehung der behinderten Menschen im Rahmen der Gesamtplanung nach § 58 SGB XII (vgl. 2.4.3).

Es ist zu prüfen, ob die Erfüllung der Wünsche mit **unverhältnismäßigen Mehrkosten** verbunden wäre (§ 9 Abs. 2 Satz 3 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_9.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/_9.html))). In der Regel kann es sich nur um Situationen handeln, in denen mehrere Maßnahmen dem Bedarf gleich angemessen sind und der behinderte Mensch die kostenaufwändigere wünscht.

Es existiert keine feste Grenze für die Unverhältnismäßigkeit von Mehrkosten, so dass ein Kostenvergleich mit konkret möglichen anderen Leistungen inklusive eventueller Folgekosten anzustellen ist, der nicht nur rechnerische Aspekte berücksichtigen darf, sondern auch die Umstände des Einzelfalls einbeziehen muss.

In der Regel liegen jedenfalls Mehrkosten von mehr als 50 % erheblich über der Unverhältnismäßigkeitsgrenze.

Der Umgang mit Wünschen nach stationären oder teilstationären Leistungen ist in § 9 Abs. 2 Satz 2 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_9.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/_9.html)) geregelt. Diesen Wünschen soll nur entsprochen werden, wenn der Bedarf nicht oder nicht ausreichend durch ambulante Leistungen gedeckt werden kann und die Einrichtung eine Vereinbarung gem. § 75 SGB XII abgeschlossen hat..

Wünscht ein Leistungsberechtigter eine ambulante Leistung, deren Kosten eine stationäre Betreuung übersteigen, ist § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_13.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/_13.html)) zu berücksichtigen. Danach gilt der Vorrang ambulanter Leistungen vor teilstationären und stationären Leistungen nicht, wenn eine Leistung für eine geeignete stationäre Einrichtung zumutbar ist und eine ambulante Leistung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist.

Für die Prüfung der Zumutbarkeit sind nach § 13 Abs. 1 Satz 6 SGB XII die

- persönlichen – wie beispielsweise der drohende Verlust der bestehenden sozialen Gemeinschaft oder des gesellschaftlichen Status,
- familiären - z.B. die drohende Entfremdung von der Familie und
- örtlichen Umstände – dies kann innerhalb Hamburgs nur selten relevant werden,

angemessen zu berücksichtigen.

Erst wenn die Ermessensprüfung die Zumutbarkeit einer stationären Einrichtung ergeben hat, ist ein Kostenvergleich nach den oben genannten Maßstäben vorzunehmen.

#### 2.4.2 Grenzen der Eingliederungshilfe

Leistungen der Eingliederungshilfe können grundsätzlich nur dann gewährt werden, „wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalls, insbesondere nach Art und Schwere der Behinderung Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann“ (§ 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_53.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/_53.html))).

Vor jeder Erst- oder Folgebewilligung ist daher zu überprüfen, ob mit der Eingliederungshilfeleistung

- eine drohende Behinderung verhütet werden, eine Behinderung beseitigt oder deren Folgen gemildert werden können und
- eine Eingliederung in die Gesellschaft erreicht werden kann.

Eine Altersgrenze für den Bezug von Eingliederungshilfe existiert grundsätzlich nicht, sofern die Ziele der Eingliederungshilfe erreicht werden können. (Bei Teilhabe am Arbeitsleben können Altersgrenzen eine Rolle spielen.)

Steht die Pflege im Vordergrund, ist jedoch zu prüfen, inwieweit neben der Pflege noch Ziele der Eingliederungshilfe erreicht werden können.

Die Entscheidung zwischen Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege muss im Einzelfall anhand der Zielsetzung der beiden Leistungsarten entschieden werden:

- mit Leistungen der Eingliederungshilfe wird angestrebt, den aktuellen Stand der Behinderung und ihrer Auswirkungen und der Teilhabe an der Gesellschaft zum Besseren zu verändern, mindestens aber eine Verschlechterung zu vermeiden,
- Pflege stellt dagegen – auch mit den aktivierenden Leistungen – im Wesentlichen auf Erhaltung und Bewahrung des aktuellen Status ab.

Bei Zweifeln über die Erreichbarkeit der Ziele der Eingliederungshilfe und/oder der Ziele der Hilfe zur Pflege (Vgl. § 53 Abs. 3 SGB XII, § 61 SGB XII i. V. m. SGB XI; als Sonderregelung auch § 55 SGB XII) wird die für die ärztliche Begutachtung zuständige Stelle mit einer konkreten Fragestellung um eine Stellungnahme gebeten.

Bei erwerbstätigen bzw. in Ausbildung oder Studium befindlichen behinderten Menschen auch mit schwersten Behinderungen werden die wesentlichen Ziele der Eingliederungshilfe in der Regel bereits durch die Pflegeleistungen erreicht. Daneben können in diesen Fällen spezielle Leistungen der Eingliederungshilfe (z.B. Beförderungspauschale, Studienhilfen o.ä.) möglich sein.

Die Entscheidung ist in jedem Fall im Bescheid zu erläutern.

#### 2.4.3 Gesamtplan nach § 58 SGB XII

Es besteht nach § 58 Abs. 1 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_58.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/_58.html)) eine gesetzliche Verpflichtung zur Erstellung eines Gesamtplans.



Betreffen Neuansprüche personenzentrierte, lernzielorientierte oder komplexe Bedarfe, z.B. mit Leistungen aus mehreren Kapiteln des SGB XII oder mehreren beteiligten Sozialleistungsträgern, ist ein Gesamtplanverfahren zwingend erforderlich. Dies ist insbesondere bei folgenden Leistungen der Fall:

- Pädagogische Betreuung im eigenen Wohnraum (PBW)
- Wohnassistenz (WA)
- Hilfen für Familien mit behinderten Kindern
- Ambulante Heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind
- ambulante Leistungen für psychisch kranke / seelisch behinderte Menschen
- Ambulant betreutes Wohnen
- Stationäre Eingliederungshilfe.

Das Gesamtplanverfahren umfasst:

- die persönliche direkte Beteiligung des behinderten Menschen und ggf. von Personen des Vertrauens - soweit möglich und erforderlich in einer **Gesamtplan-Konferenz** - ,
- soweit erforderlich das Zusammenwirken mit den sonstigen in § 58 Abs.2 SGB XII genannten Stellen
- die Analyse der individuellen lebensfeldbezogenen Fähigkeiten als Ausgangspunkt für die Bedarfsermittlung,
- die Erschließung des Selbsthilfepotenzials sowie der im Sozialraum vorhandenen Optionen zur Bedarfsdeckung,
- die vollständige Einforderung vorrangiger Leistungen anderer Sozialleistungsträger,
- eine lebensfeldbezogene Darstellung der Bedarfe als Grundlage der Leistungsempfehlung und ggf. einer Budgetierung,
- die Berücksichtigung vorrangiger Leistungsansprüche und die Vernetzung aller Leistungen,
- die Vereinbarung und Überprüfung individueller, lebensfeldbezogener Teilhabeziele.
- die Prognose, dass das Ziel einer Eingliederung in die Gesellschaft durch die Maßnahme erreicht werden kann.

Es ist darauf zu achten, dass behinderte Menschen durch die zeitliche Ausgestaltung der Leistung einschließlich Leistungen vorrangiger Leistungsträger nicht überfordert/überversorgt werden.

Auf der Grundlage des Gesamtplanes wird durch WEH eine Befürwortung erstellt, welche

- die Eingruppierung in Bedarfsgruppen, soweit diese für die zur Wahl stehenden Leistungsarten nach § 76 Abs. 2 Satz 3 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb\\_12/\\_76.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_12/_76.html)) vereinbart sind,
- die Auswahl eines für die Leistungen als geeignet angesehenen Leistungserbringers unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts des behinderten Menschen und
- die Ziele, die durch die Leistung erreicht werden sollen und Kriterien, anhand derer die Zielerreichung gemessen werden kann,

enthält.

Der Gesamtplan und die Befürwortung sind verbindliche Grundlage für die Leistungsbewilligung und die Beschreibung der Ermessensausübung durch die zuständige Sozialdienststelle.

Eine Überprüfung der vereinbarten Ziele erfolgt anhand der Sozial- und Verlaufsberichte des Leistungserbringers zur einzelfall- und trägerbezogenen Steuerung und Qualitätsüberprüfung und dient als Grundlage für Folgebewilligungen.

Im Übrigen obliegt es dem sozialpädagogischen Fachdienst von WEH zu entscheiden, wann im Einzelfall und bei Folgeanträgen ein weiteres Gesamtplanverfahren erforderlich ist.

## 2.5 Ausführung der Leistungen als Persönliches Budget

Die Ausführung der beantragten Leistung als Persönliches Budget ist in § 17 SGB IX und der zugehörigen Budgetverordnung (BudgetV) geregelt. Leistungsempfänger erhalten auf Antrag von den Rehabilitationsträgern anstelle von Dienst- oder Sachleistungen ein eigenes Budget, aus dem sie die Aufwendungen bezahlen, die sie für notwendig halten und deren Bedarf von der bewilligenden Stelle anerkannt ist. Damit können behinderte Menschen den „Einkauf“ von Leistungen analog der jeweiligen Sachleistung eigenverantwortlich, selbständig und selbstbestimmt regeln.

Persönliche Budgets werden als Geldleistung erbracht.

Die Höhe des Gesamtbudgets soll im Einzelfall die Kosten aller individuell festgestellten, bisher erbrachten Sachleistungen nicht überschreiten.

Die Zielvereinbarung und die Bemessung des Budgets werden in Abstimmung mit dem Antragsteller/der Antragstellerin als verbindliche Grundlage für die Bewilligung durch die zuständige Sozialdienststelle erstellt.

## 2.6 Aufstockungsverbot, Nachrang, Gleichrang

### 2.6.1 Aufstockungsverbot

Leistungen der Eingliederungshilfe sind nicht zu gewähren, wenn der oder die Antragsteller/in die beantragten Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten kann.

Eine Aufstockung der Leistungen anderer Kostenträger durch gleichartige, das identische Ziel anstrebende Maßnahmen im Rahmen der Eingliederungshilfe kommt grundsätzlich nicht in Betracht (Vgl. hierzu auch Orientierungshilfe Nr.91/09 der BAGÜS (<http://www.hamburg.de/contentblob/2145482/data/fa-sgbxii-53-egh-bagues20091124-schnittstellenpapier.pdf>) zu den Schnittstellen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII zu anderen sozialen Leistungen vom 24.11.2009).

## 2.6.2 Nachrang der Eingliederungshilfe

Leistungen der Eingliederungshilfe sind nachrangig gegenüber:

- Leistungen der Krankenversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung, der Arbeitsagentur oder der ARGE, privatrechtlichen Ansprüchen auf Versicherungsleistungen (private Unfall-, Kranken-, Haftpflichtversicherung etc.)
- Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_8/\\_35a.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/_35a.html)) für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zum 21. Lebensjahr, bei denen eine seelische Behinderung diagnostiziert wurde,
- Leistungen der Schulbehörde nach § 12 ([http://hh.juris.de/hh/gesamt/SchulG\\_HA.htm#SchulG\\_HA\\_rahmen](http://hh.juris.de/hh/gesamt/SchulG_HA.htm#SchulG_HA_rahmen)) in Verbindung mit § 38 Abs. 1 HmbSchulgesetz ([http://hh.juris.de/hh/gesamt/SchulG\\_HA.htm#SchulG\\_HA\\_rahmen](http://hh.juris.de/hh/gesamt/SchulG_HA.htm#SchulG_HA_rahmen)) für behinderte Kinder, die das 6. Lebensjahr vollendet haben und eingeschult sind. Dies gilt auch dann, wenn die Kinder nach § 12 Hmb Schulgesetz ([http://hh.juris.de/hh/gesamt/SchulG\\_HA.htm#SchulG\\_HA\\_rahmen](http://hh.juris.de/hh/gesamt/SchulG_HA.htm#SchulG_HA_rahmen)) vom Unterricht befreit sind.
- Leistungen der Kriegsopferfürsorge, nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und nach solchen Gesetzen, die das BVG für anwendbar erklären (z. B. Opferentschädigungsgesetz),
- Leistungen der berufsbedingten Eingliederungshilfen nach dem SGB III, SGB VI sowie die Regelungen zur Teilhabe behinderter Menschen nach §§ 34, 35, 40, 68 ff SGB IX ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_9/index.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/index.html)).

## 2.6.3 Gleichrang der Eingliederungshilfe mit Leistungen der Pflegeversicherung

Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe sind nach § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_11/\\_13.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/_13.html)) gleichrangig, d.h. sie können gleichzeitig erfolgen.

Bei Leistungen in Einrichtungen oder von Diensten der Eingliederungshilfe können zu den Leistungen nach dem SGB XI daher (analog den Regelungen des 7. Kapitels SGB XII) ergänzende Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_54.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/_54.html)) i.V.m. §§ 26, 33, 41 und 55 SGB IX ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_9/index.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/index.html)) gewährt werden.

Da Leistungen der Eingliederungshilfe auch Elemente der Pflege enthalten können, ist in diesen Fällen zu prüfen, welcher anteilige Bedarf an Eingliederungshilfe nach dem vollständigen Einsatz der SGB XI-Leistungen und der ggf. noch erforderlichen ergänzenden Hilfe zur Pflege nach SGB XII noch durch – ggf. stundenweise – Leistungen nach dem SGB XII zu decken ist.

## 2.6.4 Verhältnis der Eingliederungshilfe zu Leistungen der Jugendhilfe

(- Die Verfahrensregelungen befinden sich in der Abstimmung und werden unter Ziffer 2.6.4 später eingefügt.)

## 2.7 Verhältnis zu Leistungen zur Teilhabe nach SGB IX

Nach § 53 Abs. 4 SGB XII richten sich zwar die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB XII, für die Leistungen zur Teilhabe gelten jedoch die Vorschriften des SGB IX immer dann, wenn sich aus dem SGB XII und den dazu erlassenen Rechtsverordnungen keine konkreten (z.B. § 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII) oder keine abweichenden Regelungen (z.B. Begrenzung des anspruchsberechtigten Personenkreises auf wesentlich behinderte Menschen in § 53 Abs. 1 SGB XII) ergeben.

## 2.8 Einsatz von Einkommen und Vermögen

### 2.8.1 Einkommensgrenzen, einzusetzendes Vermögen

Für den Einsatz des Einkommens gelten die fachlichen Regelungen zu den Einkommensgrenzen nach §§ 85-89 SGB XII (Link zum fachlichen Regelwerk in der Infoline). Für den Einsatz des Vermögens gilt § 90 SGB XII ([http://bundesrecht.juris.de/sgb\\_12/\\_90.html](http://bundesrecht.juris.de/sgb_12/_90.html)) (Link zum fachlichen Regelwerk in der Infoline).

### 2.8.2 Einschränkung der Anrechnung

Die Anrechnung von Einkommen und Vermögen bei behinderten Menschen ist in bestimmten Fällen gem. § 92 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_92.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/_92.html)) eingeschränkt:

- in einer stationären oder Tageseinrichtungen und für ärztliche oder ärztlich verordnete Maßnahmen ist gem. § 92 Abs.1 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_92.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/_92.html)) die Leistung auch dann in voller Höhe zu erbringen, wenn den in § 19 Abs.3 SGB XII genannten Personen einen Eigenanteil übernehmen könnten ("erweiterte Hilfe"). Sie haben in Höhe des zumutbaren Teils einen Kostenbeitrag zu leisten.



Diese Regelung findet keine Anwendung, wenn der Bedarf aus Einkommen und Vermögen vollständig gedeckt werden kann.  
Bei den in § 92 Abs.2 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_92.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/_92.html)) genannten Leistungen ist den in § 19 Abs.3 SGB XII genannten Personen nur ein Kostenbeitrag in Höhe der Kosten des Lebensunterhalts zuzumuten.

Diese Leistungen sind ohne Berücksichtigung von vorhandenem Vermögen zu erbringen.

## 2.9 Zuständigkeiten

Die Zuständigkeiten für die Bewilligung der Eingliederungshilfen ergeben sich aus der Anordnung zur Durchführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch. (<http://www.hamburg.de/infoline/rechtliche-grundlagen/nofl/126580/start.html>)

## 3. Anbieter von Leistungen

Es sind grundsätzlich nur solche Anbieter zur Erbringung von Leistungen auszuwählen, mit denen eine Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_75.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/_75.html)) geschlossen wurde. Näheres hierzu kann dem Landesrahmenvertrag nebst Anlagen entnommen werden.

Die Anbieter, mit denen eine **Leistungsvereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII** ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_75.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/_75.html)) abgeschlossen wurde, sind bei den Fachanweisungen bzw. Arbeitshilfen zu den einzelnen Leistungsarten aufgelistet.

Ausnahmsweise können auch Anbieter **ohne Leistungsvereinbarung** auf Grundlage des § 75 Abs. 4 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_75.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/_75.html)) unter den folgenden Voraussetzungen zur Erbringung von Leistungen ausgewählt werden:

Die Leistungserbringung muss nach der Besonderheit des Einzelfalles durch diesen Anbieter geboten sein. Ob diese Voraussetzung erfüllt ist, entscheidet die zuständige Dienststelle nach Lage des Einzelfalles.

Eine Beschreibung der von ihm zu erbringenden Leistungen, die die Voraussetzungen des § 76 Abs. 1 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_76.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/_76.html)) erfüllt, ist bei der zuständigen Dienststelle vorzulegen.

Die Entscheidung, ob die Leistungsbeschreibung diese Voraussetzungen erfüllt, trifft die Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI) als zuständige Fachbehörde (Zur Abkürzung des Verfahrens kann diese Beschreibung daher auch bei der BASFI -SI 4- eingereicht werden.).

Die Qualifikation der eingesetzten Mitarbeiter muss beschrieben werden.

Kosten dürfen nur in Höhe der nach § 75 Abs. 3 SGB XII ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_75.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/_75.html)) vereinbarten

Vergütungen vergleichbarer Anbieter übernommen werden. Mit der Entscheidung der zuständigen Fachbehörde über die Erfüllung der Voraussetzungen teilt diese der anfragenden Dienststelle den Mittelwert sowie die Bandbreite der Vergütungen vergleichbarer Anbieter mit.

Als ein Leistungsziel ist die Ablösung von diesem Anbieter in angemessener Zeit im Bescheid festzulegen.

## 4. Verfahren

Anträge auf Eingliederungshilfe sind beim örtlich zuständigen Bezirksamt (Ausnahme: Anträge von suchtkranken Menschen – siehe 4.2) zu stellen.

Alles Nähere zum Verfahren, der Einbeziehung des Fachamtes für Eingliederungshilfe und der Ablauf des Antragsverfahrens sind den gesonderten Vereinbarungen, wie dem Kooperationsvertrag zwischen dem Fachamt Eingliederungshilfe und den Bezirken vom 17. Dezember 2008 (link), zu entnehmen.

### 4.1 Anträge wohnungsloser behinderter Menschen

Stellt die Fachstelle für Wohnungsnotfälle im Rahmen der Hilfeplanung fest, dass im Einzelfall konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass bei einer voraussichtlich wesentlich behinderten Person auch ungedeckte Teilhabebedarfe im Sinne der Aufgabe der Eingliederungshilfe gegeben sind, wendet sie sich an das Fachamt Eingliederungshilfe (WEH).

WEH klärt auf Basis einer gemeinsamen Fallkonferenz, ob der Bedarf durch eine geeignete Leistung der sozialen Teilhabe gedeckt werden kann.

### 4.2 Anträge von suchtkranken Menschen

Für Anträge auf Maßnahmen für Suchtkranke gelten gesonderte Regelungen; hier sind Anträge direkt beim zuständigen Sachgebiet (G 127) der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) zu stellen. Näheres zu Verfahren und den einzelnen Leistungen ist in gesonderten Fachanweisungen, Arbeitshilfen etc. der BGV festgelegt.

## 5. Berichtswesen

Das Berichtswesen ist in den Fachanweisungen/ Globalrichtlinien zu den einzelnen Leistungsarten geregelt. Soweit die dort aufgeführten Berichtsdaten in PROSA/Data-Warehouse zur Verfügung stehen, ist anhand dieser Daten zu berichten.

## 6. Geltungsdauer

Diese Fachanweisung tritt am 1.2.2014 in Kraft und am 31.1.2019 außer Kraft.

## DOWNLOADS

BAGÜS-Orientierungshilfe vom 24.11.2009 für die Feststellungen der Träger der Sozialhilfe zur Ermittlung der Leistungsvoraussetzungen nach dem SGB XII i. V. m. der Eingliederungshilfe-Verordnung (EHVO) »(PDF, 201,9 KB)  
(<http://www.hamburg.de/contentblob/2145494/data/fa-sgbxii-53-egh-bagues20091124-feststellungen.pdf>)

BAGÜS-Orientierungshilfe vom 24.11.2009 zu den Schnittstellen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII zu anderen sozialen Leistungen ("Schnittstellenpapier") »(PDF, 374,9 KB)  
(<http://www.hamburg.de/contentblob/2145482/data/fa-sgbxii-53-egh-bagues20091124-schnittstellenpapier.pdf>)



## WEITERE LINKS

### Infoline im FHH-Intranet

(Nur für den FHH-internen Dienstgebrauch)

(<http://fhportal.stadt.hamburg.de/websites/0014/zusammen/infoline/SitePages/Homepage.aspx>)

### Eingliederungshilfe in Hamburg

Angebote und Einrichtungen

(<https://gateway.hamburg.de/HamburgGateway/FVP/Application/DienstEinstieg.aspx?fid=101>)

### Pflegedienste in Hamburg

Ambulant und teilstationär (Tagespflege)

(<https://gateway.hamburg.de/HamburgGateway/FVP/Application/DienstEinstieg.aspx?fid=98>)

### Bundesrecht: Gesetze und Verordnungen

Ein Angebot des Bundesministeriums der Justiz  
in Zusammenarbeit mit der juris GmbH

(<http://www.gesetze-im-internet.de/index.html>)

ANZEIGE

 **Das Telefonbuch**

*Wer / Was*

 **Finden**

## URHEBER DER BILDER

Auf dieser Seite werden Bilder von folgenden  
Urhebern genutzt:

*Tim Heisler - [www.Fotografie-Heisler.de](http://www.Fotografie-Heisler.de), Andres  
Lehmann, Patrick Ludolph - [neunzehn72.de](http://neunzehn72.de),  
rubysoho - [Fotolia.com](http://Fotolia.com), [hamburg.de](http://hamburg.de)*

**Der Behinderungsbegriff  
nach SGB IX und SGB XII und  
die Umsetzung in der Sozialhilfe**

**Orientierungshilfe  
für die Feststellungen der Träger der Sozialhilfe  
zur Ermittlung der Leistungsvoraussetzungen  
nach dem SGB XII i. V. m. der  
Eingliederungshilfe-Verordnung (EHVO)**



## Inhaltsverzeichnis

Seite:

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Behinderungsbegriff im Sozialrecht</b>	<b>4</b>
<b>3.</b>	<b>Leistungsberechtigter Personenkreis nach dem SGB XII</b>	<b>4</b>
3.1	Personenkreise, die Kraft geltenden Rechts als wesentlich behindert gelten	5
3.2	Personenkreise, bei denen zur Feststellung einer wesentlichen Behinderung eine individuelle Entscheidung des Sozialhilfeträgers notwendig ist	6
3.3	Besonderheiten	6
3.4	Definition der drohenden wesentlichen Behinderung	6
3.5	Mehrfachbehinderung und Schwerstbehinderung	6
<b>4</b>	<b>Instrumente und Verfahren zur individuellen Feststellung einer wesentlichen Behinderung</b>	<b>7</b>
4.1	Vorbemerkungen	7
4.2	Beschreibung der gesundheitlichen Situation	7
4.3	Aktivität und Teilhabe (ICF)	7
<b>5.</b>	<b>Feststellung der wesentlichen Behinderung bei den einzelnen Behinderungsarten</b>	<b>10</b>
5.1	Definition: körperlich wesentlich behinderte Menschen	10
5.2	Definition: geistig wesentlich behinderte Menschen	13
5.3	Definition: seelisch behinderte Menschen	15
5.4	Autismus	17
5.5	Erworbene Hirnschädigungen	18
<b>6.</b>	<b>Maßregel- und Strafvollzug</b>	<b>18</b>
<b>7.</b>	<b>Zuordnungsprobleme bei den einzelnen Leistungsbereichen</b>	<b>18</b>

## **Anhänge:**

<b>1</b>	<b>Demenz</b>	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>Epilepsie</b>	<b>21</b>
<b>3</b>	<b>HIV-Infektion (Aids)</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>Arbeitshilfe des Landschaftsverbandes Rheinland, Köln, zur Feststellung einer wesentlichen Behinderung</b>	<b>25</b>

## **Hyperlinks:**

1. Check-Liste Kinder (Baden Württemberg) <http://>
2. Checkliste ICF (Version 2.1a) <http://>
3. Empfehlung der DVfR zur ICF-Nutzung in der beruflichen Rehabilitation <http://www.dvfr.de/>

## 1. Einleitung<sup>1</sup>

Seit dem Inkrafttreten des Bundessozialhilfegesetzes im Jahre 1961 war der Personenkreis, der Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe hat, in § 39 Abs. 1 BSHG weitgehend unverändert normiert. Danach hatten Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert waren, einen Rechtsanspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe, Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung konnten sie gewährt werden.

Mit dem Inkrafttreten des SGB IX hat der Gesetzgeber den Behinderungsbegriff neu definiert, ohne den anspruchsberechtigten Personenkreis erweitern zu wollen. Er ist bewusst an den von der Weltgesundheitsorganisation entwickelten Behinderungsbegriff angeknüpft.<sup>2</sup> Damit einhergehend wurde § 39 BSHG mit einem Verweis auf § 2 SGB IX angepasst.

Der Behinderungsbegriff wurde in das am 01.01.2005 in Kraft getretene SGB XII, welches das BSHG ablöste, inhaltsgleich übernommen. Die Eingliederungshilfe-Verordnung (EHVO) konkretisiert in ihren Bestimmungen (§§ 1 bis 3), unter welchen Voraussetzungen wesentliche Behinderungen im körperlichen, geistigen oder seelischen Bereich vorliegen.

Die klassische Einteilung behinderter Menschen in drei Kategorien, nämlich in körperlich, geistig und seelisch behinderte Menschen führt in der Praxis häufig zu Problemen.

Neben den klassischen Behinderungsformen werden zunehmend motorische und mentale Beeinträchtigungen gutachterlich festgestellt, die oftmals in Kombination mit Sprachentwicklungsverzögerungen, Lernbehinderungen und Verhaltensauffälligkeiten auftreten. Jede dieser Feststellungen stellt für sich keine wesentliche Behinderung im Sinne des § 53 SGB XII dar. Die Gesamtheit der Beeinträchtigungen kann jedoch eine wesentliche Beeinträchtigung darstellen.

Eine klare Zuordnung zum anspruchsberechtigten Personenkreis und auch zur notwendigen und richtigen Hilfeleistung wird deshalb immer schwieriger.

Verbände kritisieren, dass bestimmte Personengruppen mit heute häufigen Diagnosen und Krankheitsbildern in der „veralteten Gesetzessystematik nicht abgebildet sind“<sup>3</sup>. Genannt wurden z.B. Menschen mit Autismus- Spektrum, Störungen mit Epilepsie-Syndromen oder erworbenen Hirnschädigungen.

Die Zuordnung zum anspruchsberechtigten Personenkreis sagt allerdings noch nichts darüber aus, dass auch Leistungen der Eingliederungshilfe erforderlich sind, ebenfalls nichts über die im Einzelfall notwendigen Hilfeformen und Hilfearten.

Ziel dieser Orientierungshilfe ist es, die tägliche Arbeit der mit der Umsetzung des SGB XII betrauten Mitarbeiter zu erleichtern und für eine einheitliche Entscheidungspraxis Hilfestellungen zu geben.

Auch sollen Verfahren und Instrumente benannt und beschrieben werden, deren Anwendung bei der Feststellung eines Anspruches auf Eingliederungshilfe hilfreich sein kann.

Durch diese Orientierungshilfe wird der Personenkreis der Leistungsberechtigten nicht erweitert, aber präzise beschrieben. Sie hilft damit, zu einer fachlich fundierten Entscheidung im Sinne der Bestimmungen des § 53 SGB XII i. V. m. § 2 SGB IX zu gelangen.

---

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

<sup>2</sup> s. Welti in Lachwitz/Schellhorn/Welti HK-SGB IX § 2 Rn. 18

<sup>3</sup> Vortrag von Anneliese Lohs, BAG-WfbM anlässlich einer Fachtagung der BBVLH am 29.4.2005 in Lübeck

Dies setzt voraus, dass die für die Entscheidung zuständigen Mitarbeiter der Sozialhilfeträger alle hierfür erforderlichen Informationen (insbesondere Diagnosen, Gutachten, Berichte, Stellungnahmen) erhalten.

## **2. Behinderungsbegriff im Sozialrecht**

Der Begriff der Behinderung findet sich in den Sozialgesetzen an verschiedenen Stellen wieder. Im Hinblick auf unterschiedliche Regelungszusammenhänge und unterschiedliche Sozialleistungen sowie fachspezifische Sichtweisen wird der Begriff der Behinderung nicht einheitlich verstanden und unterschiedlich verwendet.

So greift der Allgemeine Teil des Sozialgesetzbuchs als allgemeines Ziel in § 10 SGB I die Eingliederung behinderter Menschen auf und formuliert ein soziales Recht i.S. einer zur Besserung ihrer Situation notwendigen Hilfe, ohne dass hieraus unmittelbar Ansprüche abgeleitet werden können.

Der Begriff der Behinderung ist in § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX gesetzlich definiert und gilt grundsätzlich für alle Bücher des Sozialgesetzbuches; es sei denn, der Behinderungsbegriff ist in einzelnen Büchern abweichend bestimmt. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Ausgehend von einem zweigliedrigen Behinderungsbegriff (1. Abweichung vom alterstypischen Zustand und hierdurch bedingt 2. Beeinträchtigung der Teilhabe) grenzt die Vorschrift mit der Begriffsbestimmung zur Behinderung den Personenkreis ab, für den die Zielsetzungen und Regelungen der Rehabilitation und Teilhabe insgesamt von Bedeutung sind.

Satz 2 der Vorschrift beschreibt den Personenkreis derjenigen, die als von einer Behinderung bedroht anzusehen sind.

Das Sozialhilferecht knüpft an den Begriff der Behinderung i.S.d. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX an. § 53 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit der EHVO verweist insoweit auf den Behinderungsbegriff des § 2 SGB IX. Für die Eingliederungshilfe muss darüber hinaus das Merkmal der Wesentlichkeit vorliegen.

## **3. Leistungsberechtigter Personenkreis nach dem SGB XII**

§ 53 Abs. 1 SGB XII bestimmt den leistungsberechtigten Personenkreis. Danach sind Personen leistungsberechtigt, wenn sie infolge einer gesundheitlichen Störung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt sind. Das gleiche gilt, wenn eine wesentliche Beeinträchtigung der Teilhabe einzutreten droht.

### **3.1 Personenkreise, die Kraft geltenden Rechts als wesentlich behindert gelten**

Die EHVO<sup>4</sup> konkretisiert dies

- für körperlich wesentlich behinderte Menschen (§ 1),
- für geistig wesentlich behinderte Menschen (§ 2) und
- für seelisch wesentlich behinderte Menschen (§ 3).

Die entsprechenden Bestimmungen unterscheiden sich dadurch, dass bestimmte Personenkreise kraft Gesetzes als wesentlich behindert gelten. Bei anderen Personenkreisen muss im Rahmen der Sachverhaltsermittlung die wesentliche Behinderung festgestellt werden.

---

<sup>4</sup> Eingliederungshilfeverordnung i. d. F. v. 1. 2. 1975 (BGBl. I S. 433), zuletzt geändert durch Artikel 16 des Gesetzes vom 19. 6. 2001 (BGBl. I S. 1046)

Darüber hinaus **können** nach § 53 Abs. 1 Satz 2 SGB XII Personen mit einer **anderen** körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.

Kraft geltenden Rechts gelten nach der EHVO als wesentlich behindert folgende Personen:

- blinde und sehbehinderte Menschen bei Vorliegen der in § 1 Satz 1 Nr. 4 genannten Voraussetzungen,
- Menschen, bei denen Gehörlosigkeit festgestellt ist oder Menschen, denen eine sprachliche Verständigung über das Gehör nur mit Hörhilfen möglich ist,
- Personen, die nicht sprechen können,
- seelentaube Menschen,
- hörstumme Menschen.

### 3.2 Personenkreise, bei denen zur Feststellung einer wesentlichen Behinderung eine individuelle Prüfung des Sozialhilfeträgers notwendig ist

Die EHVO verwendet hierfür unbestimmte Rechtsbegriffe. Anhand dieser haben die Sozialhilfeträger das Vorliegen einer wesentlichen Behinderung festzustellen. Der Beurteilungsmaßstab unterliegt der vollen gerichtlichen Nachprüfung.

Hierunter fallen:

#### 1. bei **körperlich wesentlich behinderten** Menschen:

- Personen, deren Bewegungsfähigkeit durch eine Beeinträchtigung des Stütz- oder Bewegungssystems in **erheblichem Umfange** eingeschränkt ist,
- Personen mit **erheblichen** Spaltbildungen des Gesichtes oder des Rumpfes oder mit **abstoßend wirkenden** Entstellungen vor allem des Gesichtes,
- Personen, deren körperliches Leistungsvermögen infolge Erkrankung, Schädigung oder Fehlfunktion eines inneren Organs oder der Haut in **erheblichem Umfange** eingeschränkt ist,
- Personen mit **erheblichen** Stimmstörungen sowie Personen, die **stark** stammeln, **stark** stottern oder deren Sprache **stark** unartikulierte ist.

#### 2. bei **geistig wesentlich behinderten** Menschen:

Geistig wesentlich behindert sind Personen dann, wenn sie infolge einer **Schwäche ihrer geistigen Kräfte in erheblichem Umfange** in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft eingeschränkt sind.

#### 3. bei **seelisch wesentlich behinderten** Menschen:

Gruppen von seelischen Störungen, die zu einer wesentlichen Behinderung führen **können**, sind:

- körperlich nicht begründbare Psychosen,
- seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen,
- Suchtkrankheiten,
- Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.

Nach dieser Bestimmung führt eine seelische Störung nur dann zur Feststellung einer wesentlichen seelischen Behinderung, wenn sie **eine wesentliche Einschränkung** der Teilhabefähigkeit im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII zur Folge hat.



### 3.3 Besonderheiten

Zu den folgenden besonderen Problemlagen befinden sich Hinweise zur Zuordnung und Bewertung in folgenden Ziffern:

- Autismus Rn. 5.4,
- Demenz Anhang 1,
- Epilepsie Anhang 2,
- HIV-Infektion (AIDS): Anhang 3,
- Lernbehinderung Rn. 5.2.2,
- Erworbene Hirnschädigungen Rn. 5.5

### 3.4 Definition der drohenden wesentlichen Behinderung

Die Leistungsvoraussetzungen nach § 53 Abs. 2 SGB XII sind nur dann erfüllt, wenn eine wesentliche Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

Eine allgemeine abstrakte Gefahrenlage oder eine theoretisch bestehende Möglichkeit genügt nicht<sup>5</sup>. Die Beschreibung muss immer auf die individuelle Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer wesentlichen Behinderung abstellen. Ein bloßer Verweis auf eine allgemeine, statistisch belegbar hohe Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer wesentlichen Behinderung genügt dem Individualisierungsprinzip des SGB XII nicht.

### 3.5 Mehrfachbehinderung und Schwerstbehinderung

Die in der Praxis gebräuchlichen Begriffe „Mehrfachbehinderung“ und „Schwerstbehinderung“ – mitunter auch „Schwerstmehrfachbehinderung“ – werden im SGB XII und der EHVO weder verwandt noch definiert. Damit stellen sie für sich keine Grundlage für die Feststellung einer wesentlichen Behinderung dar. Deshalb bedürfen sie der umfassenden Beschreibung sämtlicher Beeinträchtigungen und der daraus resultierenden Einschränkungen der Teilhabefähigkeit.

#### 3.5.1 Mehrfachbehinderung

Der Begriff Mehrfachbehinderung wird von verschiedenen Disziplinen unterschiedlich verwendet. Im Rahmen der Eingliederungshilfe versteht man unter Mehrfachbehinderung das gleichzeitige Vorkommen mehrerer Behinderungstypen, z. B. das gemeinsame Vorliegen einer Körperbehinderung und einer geistigen Behinderung.

#### 3.5.2 Schwerstbehinderung

Der Begriff Schwerstbehinderung will sprachlich verdeutlichen, dass eine besonders schwere Form der Behinderung vorliegt und dass ein besonders großer Hilfe- und Förderbedarf besteht. Analog wird auch der Begriff Schwerstmehrfachbehinderung verwendet, für den das gleiche gilt.

Der Begriff Schwerbehinderung wird hingegen in Deutschland nur für die rechtliche Anerkennung nach dem SGB IX benutzt. Als schwerbehindert gilt danach, wer einen Grad der Behinderung von mindestens 50 vom Hundert hat.

<sup>5</sup> Urteil des BVerwG vom 26.11.1998 (Az.: 5 C 38.97), VGH Baden-Württemberg. Urteil vom 24.4.1996, FEVS 47, 309

## 4. Instrumente und Verfahren zur individuellen Feststellung einer wesentlichen Behinderung

### 4.1 Vorbemerkungen

Für die Entscheidung über das Vorliegen einer wesentlichen Behinderung und damit für die Zuordnung zum Personenkreis der wesentlich behinderten Menschen ist grundsätzlich die Kenntnis von medizinischen Befunden und Diagnosen und den daraus ggf. resultierenden Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit, d.h.

- der Schädigungen der Körperfunktionen, also der Körperstrukturen einschließlich der mentalen Funktionen, sowie
- der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe,
- der Kontextfaktoren sowie
- der personenbezogenen Faktoren

zwingend notwendig.

Bei der Entscheidung über das Vorliegen einer wesentlichen Behinderung kommt den konkreten Einschränkungen der Teilhabefähigkeit unter Berücksichtigung der im Einzelfall gegebenen Kontextfaktoren besondere Bedeutung zu.

Es handelt sich um eine gerichtlich in vollem Umfang überprüfbare Verwaltungsentscheidung.

### 4.2 Beschreibung der gesundheitlichen Situation

Wird im Einzelfall ein sozialmedizinisches Gutachten erforderlich, sind die wesentlichen Untersuchungsbefunde und die darauf basierenden Diagnosen zu beschreiben. Die Beschreibung von Diagnosen erfolgt auf der Basis der aktuellen medizinischen Klassifikation der Krankheiten. Angewendet werden soll hierzu die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der aktuellen Version.<sup>6</sup> Es sollen dabei nicht nur die jeweiligen alphanumerischen Kodierungen, sondern auch die verbalen Krankheitsbezeichnungen dieser Klassifikationen aufgeführt werden.

### 4.3 Aktivität und Teilhabe (ICF)

Krankheitsdiagnosen und Krankheitssymptome beschreiben nicht das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung die gegebenenfalls als Folge einer Krankheit oder eines gesundheitlichen Problems entstanden ist.

Zur näheren Bestimmung des Rehabilitationsbedarfs sind Angaben erforderlich, die eine Beschreibung der Einschränkungen der funktionalen Gesundheit ermöglichen. Hierfür ist die **Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)** der WHO<sup>7</sup> anwendbar.

Der Behinderungsbegriff der ICF ist allgemeiner und umfassender als der des SGB IX und XII. Wird der allgemeine Behinderungsbegriff der ICF verwandt, sollte besser von einer „Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit“ gesprochen werden.

<sup>6</sup> ICD 10, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision, [www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/icd10/](http://www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/icd10/)  
Im deutschen Gesundheitswesen wird eine spezielle Version verwendet, die regelmäßig revidiert wird, die sog. ICD-10-GM.

Derzeit liegt die Version 2008 vor: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.): ICD-10-GM 2008. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision – German Modification. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln. 2009

<sup>7</sup> Nachdem die WHO bereits 2001 die ICF verabschiedet hatte, liegt mittlerweile eine amtliche deutschsprachige Fassung der ICF vor: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln 2006.

Die ICF ist ein Klassifikationssystem, das eine einheitliche Sprache und Systematik für die Beschreibung von Behinderung bietet. Sie ist selbst kein Instrument zur Ermittlung des Ausmaßes von Schädigungen und Beeinträchtigungen. Hierzu bedarf es geeigneter Assessment-Instrumente auf der Grundlage der ICF.

Die ICF ergänzt als Teil der von der WHO entwickelten „Familie“ von Klassifikationen die ICD. Für den Bereich der Rehabilitation ist sie ebenso wichtig wie die ICD. Die ICF kann nur angewandt werden, wenn eine Krankheit oder andere gesundheitliche Störung im Sinne der ICD vorliegt.

Grundbegriffe der ICF sind:

- Funktionsfähigkeit oder funktionale Gesundheit
- Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie deren Schädigungen
- Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe). bzw. deren Beeinträchtigung
- Kontextfaktoren (umwelt- und personbezogene Faktoren).

Behinderung ist nach der ICF ein Oberbegriff, der sowohl Schädigungen von Körperfunktionen und Körperstrukturen als auch Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) umfassen kann.

Für die sozialhilferechtliche Bewertung sind insbesondere die Beeinträchtigungen der Teilhabe relevant.

Art und Ausmaß von Schädigungen von Körperfunktionen und Körperstrukturen, Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Beeinträchtigungen von Teilhabe sind nicht allein von Art, Schwere und Verlauf der Krankheit abhängig, sondern auch von den sogenannten Kontextfaktoren.

Behinderung wird als negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und den Gegebenheiten ihrer materiellen, sozialen und verhaltensbezogenen Umwelt beschrieben.

Die **ICF** gliedert sich in Teilklassifikationen, die detaillierte Angaben zu Schädigungen, Funktionseinschränkungen und Behinderungen ermöglichen.

### **1. Klassifikation der Körperfunktionen (b<sup>8</sup>)**

Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen einschließlich der psychologischen Funktionen.

### **2. Klassifikation der Körperstrukturen (s)**

Körperstrukturen sind die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.

Schädigungen sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur, wie z.B. eine wesentliche Abweichung oder Verlust.

### **3. Klassifikation von Aktivitäten und Teilhabe (d)**

Eine Aktivität bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen.

Beeinträchtigungen der Aktivität sind demzufolge Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann.

Teilhabe ist das Einbezogenensein in eine Lebenssituation. Beeinträchtigung der Teilhabe sind Probleme, die ein Mensch beim Einbezogenensein in eine Lebenssituation erlebt.

Diese Teilklassifikation besteht in ihren einzelnen Kapiteln aus sog. Lebensbereichen (d); sie ermöglicht Aussagen über das Aktivitätsniveau bzw. das Einbezogenensein einer Person in einzelne Lebensbereiche (s. hierzu Anhang 4).

---

<sup>8</sup> die in Klammern gesetzten Buchstaben entsprechen den englischsprachigen Bezeichnungen der ICF

## 4. Klassifikation der Kontextfaktoren

### 4.1 Umweltfaktoren (e)

Neben der Beschreibung von Behinderungen ist mit der ICF auch die Abbildung von Ressourcen und Stärken einer Person mit einem gesundheitlichen Problem möglich. Mit der Klassifikation der Umweltfaktoren ist es möglich, Förderfaktoren und/oder Barrieren zu beschreiben. Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben.

### 4.2 Personbezogene Faktoren

In der ICF sind derzeit personbezogene Faktoren nicht klassifiziert. Sie sind bei der Hilfeplanung zu berücksichtigen (z.B. Alter, Geschlecht, etc.)

Der Schwerpunkt der Umsetzung der ICF liegt derzeit auf der **Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells und der Begrifflichkeiten der ICF**. Die ICF systematisiert rehabilitatives Denken und eröffnet insbesondere durch die Einbeziehung der Kontextfaktoren im Sinne von Barrieren und/oder Förderfaktoren die Möglichkeit für die notwendige Differenzierung im Einzelfall. Sie ermöglicht eine Beschreibung von Lebenslagen, die zugleich erste Hinweise für die Planung von Interventionen liefert. Auf dieser Grundlage ergeben sich neue Perspektiven für rehabilitatives Handeln. Die personenzentrierte Planung von Rehabilitationsprozessen, sowie die passgenaue Gestaltung und Entwicklung von Hilfen und Angeboten werden durch die Anwendung der ICF unterstützt. Zugleich bietet die ICF eine geeignete Grundlage für eine dynamische Betrachtung von rehabilitativen Leistungen und deren Wirksamkeit.

Für den Bereich der beruflichen Rehabilitation verweisen wir auf die entsprechende Empfehlung der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR), die eine intensive Nutzung der ICF favorisiert. Die empfohlenen Vorschläge zur Nutzung der ICF bieten wichtige Ansatzpunkte<sup>9</sup>.

Zurzeit sind allerdings noch nicht genügend Instrumente zur Einschätzung und Bewertung einer individuellen Situation (Assessment-Instrumente) entsprechend der ICF vorhanden. Es sind aber schon verschiedene Schemata zur Beschreibung ggf. vorhandener Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe und der Kontextfaktoren erarbeitet worden.

Die vorliegende Orientierungshilfe empfiehlt – weil es noch kein umfassend gültiges Assessment-Verfahren auf der Grundlage des ICF gibt – kein spezielles Instrumentarium zur Begutachtung. Verbreitete Instrumentarien zur Bedarfsfeststellung und –planung sind z.B. HMB-W<sup>10</sup>, IBRP<sup>11</sup>, IHP<sup>12</sup> ITP<sup>13</sup>. Diese orientieren sich an der ICF.

Verfahren sind dann geeignet, wenn sich hieraus die Frage des Vorliegens einer wesentlichen Beeinträchtigung der Teilhabe beantworten lässt<sup>14</sup>.

Zur Feststellung einer wesentlichen Behinderung ist eine Beschreibung von Aktivität und Teilhabe bzw. deren Beeinträchtigung zumindest in den Bereichen

---

<sup>9</sup> <http://www.dvfr.de/>

<sup>10</sup> Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung – Wohnen – Dr. Heidrun Metzler, Forschungsstelle „Lebenswelten behinderter Menschen“ an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

<sup>11</sup> Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan der Aktion Psychisch Kranke

<sup>12</sup> Individueller Hilfeplan (Rheinland)

<sup>13</sup> Integrierter Teilhabeplan (Hessen bzw. Rheinland-Pfalz)

<sup>14</sup> vgl. Empfehlung DV 06/09 FA IV vom 19.6.2009



- Selbstversorgung, (Körperpflege, Toilettenbenutzung, An- und ausziehen, Essen und Trinken),
- häusliches Leben/Haushaltsführung, (Einkaufen, Zubereitung von Mahlzeiten, Haushaltsführung, Ordnung halten einschl. Reinigung),
- Mobilität (Bewegungsfähigkeit),
- Orientierung (zur Person, zeitlich, örtlich, Verkehrssicherheit),  
Kommunikation (Hören, Sprechen, Schreiben, unterstützte Kommunikation),
- Interpersonelle Interaktion und Beziehung (Sozialverhalten gegenüber vertrauten/fremden Personen/Gruppen)

notwendig (Erläuterungen dieser Begriffe s. Anhang 4).

Zur Festlegung, inwieweit die Aktivität und Teilhabefähigkeit in den genannten Bereichen beeinträchtigt ist, können folgende qualitative Kategorien angewandt werden:

- Ausführung selbständig,
- Ausführung bei Nutzung von Hilfsmitteln,
- Ausführung mit personeller Hilfe/Unterstützung,
- Ausführung nicht möglich.

Wird im Einzelfall für eine Person in mehreren Bereichen personelle Unterstützung notwendig, kann in der Regel davon ausgegangen werden, dass diese Person als in ihrer Teilhabe wesentlich eingeschränkt anzusehen ist.

## 5. Feststellung der wesentlichen Behinderung bei den einzelnen Behinderungsarten<sup>15</sup>

### 5.1 Definition: körperlich wesentlich behinderte Menschen

Nach § 1 EHVO sind folgende Personen wesentlich körperlich behindert:

#### 5.1.1 *Personen, deren Bewegungsfähigkeit durch eine Beeinträchtigung des Stütz- oder Bewegungssystems in erheblichem Umfang eingeschränkt ist*

Zu diesem Personenkreis gehören Menschen, deren Beweglichkeit und Fortbewegungsfähigkeit durch Verlust oder Fehlbildung von Gliedmaßen oder Gelenken, durch Störungen (z. B. Lähmungen) im Bereich der Stütz- und Bewegungsorgane infolge neurologischer Störungen/Erkrankungen, schweren oder fortschreitenden Muskelerkrankungen oder durch rheumatische Erkrankungen erheblich beeinträchtigt sind.

Ursachen hierfür können insbesondere sein:

- Spastische und schlaffe Lähmungen,
- Halbseitenlähmung/Hemiparese, (ICD-10, G 81),
- Querschnittslähmung/Paraparese ( ICD-10, G 82),
- Beeinträchtigungen der Beweglichkeit ausschließlich der oberen Gliedmaßen (ICD-10, G 83)
- Lähmungserscheinungen oder Schwäche aller 4 Gliedmaßen/Tetraparese (ICD 10 82/ G 80),
- Progressive bzw. schwere Muskelerkrankungen (ICD-10, G 71-73),
- Chronische Polyarthritiden und andere chronische entzündlich-rheumatische Erkrankungen (ICD-10 , M 05-13),

<sup>15</sup> die nachfolgend kursiv gestellten Texte entsprechen dem Wortlaut des Verordnungstextes

- Gliedmaßenfehlbildung (ICD-10G, Q 70-74), , z. B. Dysmelie (ICD-10, Q 71),
- Multiple Sklerose in Abhängigkeit von der Ausprägung der Beeinträchtigungen (ICD-10, G 35),
- Folgen der Kinderlähmung in Abhängigkeit von der Ausprägung der Beeinträchtigungen (ICD-10, B 91),
- Ausgeprägte Skoliose (ICD-10, M 41)
- Bestimmte Erkrankungen des Knochens (z. B., Osteogenesis imperfecta); ICD-10, Q 78.0)

### **5.1.2 Personen mit erheblichen Spaltbildungen des Gesichts oder des Rumpfes oder mit abstoßend wirkenden Entstellungen vor allem des Gesichts**

Hierzu gehören:

- Lippen-Kiefer-Gaumenspalte (ICD 10, Q 35-37),  
(heute in der Regel frühzeitig operativ korrigiert),
- Spina bifida (ICD 10, Q 05).

### **5.1.3 Personen, deren körperliches Leistungsvermögen infolge Erkrankung, Schädigung oder Fehlfunktion eines inneren Organs oder der Haut in erheblichem Umfang eingeschränkt ist**

Hierzu gehören:

- Asthma bronchiale (ICD 10 J 45),  
Bei leichter bis mittelgradiger ständiger Einschränkung der Atemfunktion in der Regel bei Kindern und Jugendlichen, wenn Schulbesuch und Schulerfolg dadurch beeinträchtigt sind und eine angemessene und erforderliche Behandlung im häuslichen Umfeld nicht möglich ist.
- chronisch obstruktive Bronchitis/ ausgeprägtes Emphysem (ICD-10, J 42-44),  
Hierbei liegt eine das gewöhnliche Maß übersteigende Atemnot bereits bei alltäglicher leichter Belastung wie Spazierengehen, Treppensteigen bis zu einem Stockwerk vor.
- Schwer einstellbarer Diabetes mellitus (ICD-10, E 10-14),
- Herzinsuffizienz (ICD-10, I 50),  
mit Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher leichter Belastung (Spazierengehen, Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, pathologische Messdaten bei einer Ergometerbelastung von 50 Watt für mindestens 2 Minuten),
- Niereninsuffizienz (ICD-10, N 18-19)  
mit stärkerer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens und der körperlichen Leistungsfähigkeit, Dialysepflichtigkeit,
- dekompensierte Leberzirrhose (ICD-10, K 70, K 74),  
(Ascites, portale Stauung, hepatische Enzephalopathie),
- Schwere generalisierte Gefäßerkrankung, arterielle Verschlusskrankheit (ICD-10, I 70) mit schmerzfreier Gehstrecke in der Ebene bis 100 m ein- oder beidseitig,
- Fortgeschrittene Tumorerkrankung mit Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit bereits bei alltäglicher leichter Belastung,
- Schwere Epilepsie (s. Anhang 2)
- HIV- Erkrankung (ICD-10, B 20-24)  
(siehe Anhang 3),
- Schwere generalisierte Hauterkrankung (z. B. Psoriasis, Neurodermitis), die bei Kindern im häuslichen Umfeld nicht adäquat zu behandeln sind,
- Sonstige schwere Erkrankungen, die zu einer wesentlichen Einschränkung der

körperlichen Leistungsfähigkeit nach Lage des Einzelfalles führen.

**5.1.4 *Blinden oder solchen Sehbehinderten, bei denen mit Gläserkorrektion ohne besondere optische Hilfsmittel,***

- ***auf dem besseren Auge oder beidäugig im Nahbereich in einem Abstand von mindestens 30 cm oder im Fernbereich eine Sehschärfe von nicht mehr als 0,3 besteht,***  
oder wenn,
- ***durch Buchstabe a) nicht erfasste Störungen der Sehfunktion von entsprechendem Schweregrad vorliegen.***

Dabei sind die Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ophthalmologie (DOG) maßgebend, es ist immer ein augenärztliches Attest erforderlich. Eine Einschätzung allein durch Pädagogen, etwa an Schulen für Sehbehinderte, ist nicht ausreichend.

Blindheit im Sinne des Gesetzes besteht, wenn die Sehschärfe auf keinem Auge und auch bei beidäugiger Prüfung nicht mehr als 1/50 beträgt oder erhebliche Gesichtsfeldeinschränkungen von entsprechendem Schweregrad vorliegen.

Eine wesentliche Sehbehinderung liegt auch dann vor, wenn andere erhebliche Störungen der Sehfunktion von entsprechendem Schweregrad (z.B. Gesichtsfeldeinschränkung wie Stab- oder Röhrensichtigkeit) bestehen.

**5.1.5 *Personen, die gehörlos sind oder denen eine sprachliche Verständigung über das Gehör nur mit Hörhilfen möglich ist***

Eine wesentliche Schwerhörigkeit liegt vor, wenn eine sprachliche Verständigung über das Gehör nur mit Hörhilfen (Hörgeräten) möglich ist.

Gehörlosigkeit liegt vor, wenn eine sprachliche Verständigung auch mit Hörhilfen (Hörgeräten) nicht möglich ist.

Der früher gebräuchliche Begriff „taubstumm“ beschreibt gehörlose Menschen mit fehlender akustischer Sprachäußerung. Sie gelten als hörbehindert, weil ihr mangelndes Sprechvermögen eine Folge der Gehörlosigkeit ist.

**5.1.6 *Personen, die nicht sprechen können, Seelentaube und Hörstumme, Personen mit erheblichen Stimmstörungen sowie Personen, die stark stammeln, stark stottern oder deren Sprache stark unartikulierte ist***

Seelentaube sind Personen, bei denen das Hörorgan Töne aufnimmt, diese aber nicht in ihrer Bedeutung erkannt werden können (rezeptive Sprachstörung, zentrale Hörstörung).

Hörstumme sind Personen, die das gesprochene Wort hören und verstehen, aber nicht sprechen können (expressive Sprachstörung, motorische Aphasie).

Eine wesentliche Sprachbehinderung liegt dann vor, wenn Personen nicht sprechen können oder aber die Fähigkeit zu sprechen erheblich eingeschränkt ist, dies aber nicht durch eine geistige oder seelische Behinderung bedingt ist. Eine Sprachbehinderung in diesem Sinne liegt auch vor bei Personen, die stark stammeln, stark stottern oder deren Sprache stark unartikulierte ist. Stark ist eine Sprachbeeinträchtigung stets dann, wenn eine Verständigung mit Personen, die dem behinderten Menschen nicht vertraut sind, kaum möglich ist.

Bei Kindern mit Sprachentwicklungsverzögerungen oder Sprachentwicklungsstörungen liegt dann eine wesentliche körperliche Behinderung vor, wenn deren verbale Kommunikationsfähigkeit in Bezug zur Altersnorm in erheblichem Umfang eingeschränkt ist, auch wenn dem eine rezeptive Sprachstörung zugrunde liegt.

Davon zu unterscheiden sind Sprachprobleme, die aufgrund des kulturellen Hintergrundes dann auftreten, wenn Kinder mit Migrationshintergrund in ihrer Heimatsprache erzogen werden und deshalb die deutsche Sprache nicht oder nur ungenügend beherrschen. In diesem Fall kann nur dann eine Sprachbehinderung angenommen werden, wenn auch der Spracherwerb in der Muttersprache wesentlich beeinträchtigt ist und nicht der Altersnorm und den kognitiven Fähigkeiten des Kindes entspricht.

Bei Kindern mit Sprachentwicklungsverzögerungen sollen grundsätzlich immer die sonstige Entwicklung und die kognitiven Fähigkeiten beurteilt werden, um allgemeine Entwicklungsverzögerungen anderer Ursache von umschriebenen Sprachentwicklungsverzögerungen abgrenzen zu können.

Zum Ausschluss einer Schwerhörigkeit als Ursache einer Sprachentwicklungsverzögerung ist immer eine HNO-ärztliche Untersuchung erforderlich. Eine Untersuchung allein durch Sonderpädagogen, etwa an Schulen für Hör- und Sprachbehinderte, ist nicht ausreichend.

Personen, die stark stottern, gelten als wesentlich körperlich behindert, auch wenn die Ursachen des Stotterns psychische Probleme oder Störungen sein können.

Der heute häufig angewandte diagnostische Begriff „Zentral auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung“ umschreibt ein Störungsbild, das einen breiten Überschneidungsbereich mit dem Störungsbild der „Rezeptiven Sprachstörung“ (ICD-10 F 80.2) hat. Dieser Begriff, erklärt aber in der Regel nicht, welche konkreten Probleme bei einem betroffenen Kind vorliegen.

Zur Diagnose einer „zentralen auditiven Wahrnehmungsstörung“ ist grundsätzlich eine umfangreiche pädaudiologische Untersuchung durch einen Facharzt erforderlich. Empfohlen wird, soweit vorhanden, die Stellungnahme eines Landesarztes für Hör- und Sprachbehinderte einzuholen.

## 5.2 Definition: geistig wesentlich behinderte Menschen

Nach § 2 EHVO sind folgende Personen wesentlich geistig behindert:

***Geistig wesentlich behindert im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind Personen, die infolge einer Schwäche ihrer geistigen Kräfte in erheblichem Umfang in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt sind.***

- 5.2.1 Der Begriff „Schwäche der geistigen Kräfte“ ist gesetzlich nicht näher bestimmt oder erläutert. Es bietet sich deshalb an, auf die Erläuterungen der ICD-10 sowie der Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen, 4. Revision, (DSM-IV)<sup>16</sup> zurückzugreifen.

Nach ICD-10 müssen neben einer Minderung der Intelligenz (IQ unter 70) auch Störungen in der Anpassung an die Anforderungen des alltäglichen Lebens vorhanden sein.

Nach DSM IV liegt eine **bedeutsame und wesentliche Minderung intellektueller Fähigkeiten** vor, wenn alle im folgenden aufgeführten Kriterien A, B, C erfüllt sind.

- **Kriterium A**  
ist erfüllt, wenn – anders als im ICD-10 - ein IQ-Wert von unter 75 (DSM IV) vorliegt.

---

<sup>16</sup> American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Washington DC, 1994. Das DSM-IV liegt auch in deutscher Sprache vor: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Deutsche Bearbeitung und Einführung: H. Saß, H.-U. Wittchen, M. Zaudig. 3. Aufl. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 2001.



- Kriterium B

ist erfüllt, wenn **erhebliche Einschränkungen der Anpassungsfähigkeit in mindestens zwei der folgenden Bereiche** vorliegen:

- Kommunikation,
- eigenständige Versorgung,
- häusliches Leben,
- soziale/zwischenmenschliche Fertigkeiten,
- Nutzung öffentlicher Einrichtungen,
- Selbstbestimmtheit,
- funktionale Schulleistungen,

Arbeit, Freizeit, Gesundheit und Sicherheit.

- Kriterium C

ist erfüllt, wenn die Störung vor dem 18. Lebensjahr aufgetreten ist.

Eine Beeinträchtigung kognitiver und psychischer Funktionen aufgrund erworbener Hirnschädigungen oder infolge einer Demenz-Erkrankung (ICD-10, F 00 bis F 03) entspricht meist nicht allen DSM IV Kriterien für geistige Behinderung. Solche Beeinträchtigungen werden aber als Folgeproblematik einer Verletzung oder Erkrankung des Gehirns in § 3 EHVO angesprochen (s. Rn. 5.3.2).

Für die Untersuchung von Intelligenz, Entwicklungsstand sowie anderer psychischer (einschließlich neuropsychologischer) Funktionen stehen verschiedene standardisierte Testverfahren zur Verfügung<sup>17</sup>.

Für die psychometrische Untersuchung kognitiver Fähigkeiten stehen verschiedene standardisierte Testverfahren zur Verfügung.

Für Kinder können der HAWIK<sup>18</sup>, der K-ABC (Kaufmann Assessment Battery for Children) oder der Snijders Oomen Nonverbaler Intelligenztest für Kinder (SON) als anerkannte Testverfahren angewandt werden.

Der CFT-1 oder 20 sind Grundintelligenzteste, die einen orientierenden Anhalt geben können.

Bei Kindern mit vermuteter oder nachgewiesener kognitiver Beeinträchtigung sollte immer auch das Seh- und Hörvermögen fachärztlich überprüft werden, um ein dadurch bedingtes Entwicklungsproblem zu erkennen.

Für Erwachsene wird in der Regel der WIE-R für Erwachsene<sup>19</sup> angewandt.

Eine alleinige Berücksichtigung oder Nutzung von IQ-Werten als Kriterium ist nicht ausreichend. Die verlässliche oder präzise Ermittlung des IQ ist oftmals nicht möglich. Es müssen deshalb zusätzlich andere Aspekte mit berücksichtigt werden. Dies sind die Fähigkeiten und Fertigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen, wie sie als Kriterium B des DSM-IV bzw. von der American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)<sup>20</sup> beschrieben werden.

---

<sup>17</sup> Eine umfassende Beleuchtung der Thematik und eine breite Darstellung von Verfahren der Entwicklungs- und Intelligenzdiagnostik finden sich beispielsweise in dem Sammelband Stahl, B., Irblich, D. (Hrsg.): Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch. Hogrefe. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag, 2005.

<sup>18</sup> Hamburg- Wechsler- Intelligenztest für Kinder

<sup>19</sup> Wechsler - Intelligenztest für Erwachsene, Revision 1991

<sup>20</sup> Die Empfehlungen der AAIDD helfen, den aktuellen Grad der Handlungsfähigkeit, d.h. der Fähigkeit, sich mit den Anforderungen der Gesellschaft auseinanderzusetzen zu können, zu beschreiben. Demzufolge ist geistige Behinderung eine Beschreibung des momentanen Grades der Handlungsfähigkeit, d.h.. Leitperspektive ist ein selbständiges Leben in der Gemeinde, hierauf beziehen sich die Erstellung eines individuellen Kompetenzinventars anhand der o.g. Lebensbereiche sowie die Bestimmung von Art und Intensität der benötigten Hilfen (multidimensionales Modell). Geistige Behinderung wird so zu einem sich dynamisch verändernden Geschehen, abhängig von der Ausgestaltung der Beziehungen zwischen Mensch und Umfeld, hier vor allem

Letztendlich entscheidend für die Annahme einer wesentlichen geistigen Behinderung im Sinne des Gesetzes ist die Auswirkung einer "Schwäche der geistigen Kräfte" auf die Fähigkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft bzw. auf die soziale Situation der betroffenen Person."

Keine Abgrenzungsschwierigkeiten ergeben sich in der Regel, wenn mittelgradige, schwere oder schwerste Intelligenzminderungen (ICD-10, F 71-F73) vorliegen.

Hingegen ist bei einer **leichten Intelligenzminderung** (ICD-10, F 70; IQ 50-69) besonders wichtig, Einschränkungen der Anpassungsfähigkeit nach Kriterium B herauszuarbeiten.

- 5.2.2 Der Begriff **Lernbehinderung** - IQ oberhalb von 70 (ICD-10) oder 75 (DSM IV), Kriterium A ist nicht erfüllt - umschreibt im deutschen Sprachgebrauch allgemeine Lern- und Entwicklungsschwierigkeiten, die von umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (ICD-10 F 81) wie Lese-Rechtschreibschwäche oder Dyskalkulie einerseits und Intelligenzminderung (ICD-10 F 70 - F 73) andererseits abgegrenzt werden müssen.

Eine wesentliche Beeinträchtigung der Teilhabefähigkeit ist dadurch jedoch in der Regel nicht bedingt, kann aber im Einzelfall dann vorliegen, wenn wegen anderer gesundheitlicher Gründe eine wesentliche Beeinträchtigung der Teilhabefähigkeit besteht.

### 5.3 Definition: seelisch behinderte Menschen

Nach § 3 EHVO können folgende Personen wesentlich seelisch behindert sein:

***Seelische Störungen, die eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch zur Folge haben können, sind***

- 1. körperlich nicht begründbare Psychosen,***
- 2. seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen,***
- 3. Suchtkrankheiten,***
- 4. Neurosen und Persönlichkeitsstörungen***

Diese Beschreibung der seelischen Störungen, die zu einer wesentlichen seelischen Behinderung führen können, entspricht einer nahezu umfassenden Aufzählung psychiatrischer Krankheitsgruppen.

Das Vorhandensein einer psychischen Störung oder Krankheit bedeutet aber nicht zwangsläufig, dass damit auch schon eine seelische Behinderung oder eine drohende seelische Behinderung im Sinne des Gesetzes besteht.

Im Folgenden werden einige der im Rahmen der Eingliederungshilfe bedeutsamen Krankheitsbilder aufgeführt.

#### 5.3.1 Zu den körperlich nicht begründbaren Psychosen zählen:

- Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen (ICD-10 F 20 bis 22) einschließlich schizoaffektive Störungen (ICD-10 F 25),
- Anhaltende affektive Störungen (ICD-10 F 30-39).

---

hinsichtlich der angebotenen Hilfen sowie der Veränderung der Lebensbedingungen des Menschen mit Behinderung.

### **5.3.2 Zu den seelischen Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen zählen:**

- Organische Psychosen (ICD-10 F 06),
- Hirnorganische Psychosyndrome (ICD-10 F 07),
- Organische Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F 07),
- Dementielle Erkrankungen (ICD-10 F 00-03 - s. auch Anhang 1),
- Folgen einer Epilepsie i.S. eines hirnorganischen Psychosyndroms (ICD-10 F 06 –s. auch Anhang 2).

### **5.3.3 Suchtkrankheiten**

Suchtkrankheiten werden in der ICD-10 unter der Überschrift „psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ behandelt. Den Begriff „Sucht“ verwendet die ICD-10 nicht explizit.

Zu den stoffgebundenen Suchtkrankheiten gehören insbesondere:

- Störungen durch Alkohol (ICD-10 F 10),
- Störungen durch Cannabinoide (ICD-10 F 12) in Verbindung mit einer Psychose, oft aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F 20),
- Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (ICD-10 F 13)
- Störungen durch multiplen Substanzgebrauch (ICD-10 F 19)

### **5.3.4 Neurosen und Persönlichkeitsstörungen**

Dazu gehören aus der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD-10 F 4) insbesondere:

- Phobische Störungen (ICD-10 F 40),
- (Andere) Angststörungen (ICD-10 F 41),
- Zwangsstörungen (ICD-10 F 42),
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F 43.1).

Aus der Gruppe der Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren gehören insbesondere Essstörungen (ICD-10 F 50)

Eine gesonderte Gruppe bilden die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F 6), darunter speziell die Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F 60).

### **5.3.5 Feststellung der wesentlichen seelischen Behinderung**

Eine wesentliche seelische Behinderung liegt vor, wenn infolge einer psychischen Störung oder Krankheit die Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in erheblichem Umfang beeinträchtigt ist.

Zur Klärung der Teilhabefähigkeit kann neben den unter Rn. 4.3 genannten Instrumenten auch die Anwendung der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) der DSM IV Hinweise zur Beeinträchtigung der Teilhabefähigkeit geben<sup>21</sup>. Auf einer Skala von 0-100 werden Einschränkungen im psychosozialen Funktionsniveau eingeschätzt. Ein GAF-Wert  $\leq 50$  ist ein deutlicher Hinweis für eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit in verschiedenen Lebensbereichen. Die ausschließliche Bewertung auf der Grundlage der GAF-Skala ist aber nicht ausreichend.

Hinweise für die Beurteilung der Einschränkung der Teilhabefähigkeit können auch

---

<sup>21</sup> Die GAF-Skala wird von den gesetzlichen Krankenkassen bei der Indikationsstellung für die Sozialtherapie verwendet.

Brüche im Lebenslauf geben (Leistungsknick, kein Erreichen eines Schulabschlusses trotz entsprechender Begabung, misslungene berufliche Integration, Verlust sozialer Bezüge in Partnerschaft, Familie und Freundeskreis, Frühverrentung, viele und lange stationäre Aufenthalte in der Psychiatrie).

Bei den unter Rn. 5.3.1 bis 5.3.4 genannten Erkrankungen sind Häufigkeit, Dauer und Schwere der Krankheitsepisoden sowie der Effekt von psychiatrischer Behandlung zu berücksichtigen.

Entscheidend für die Annahme einer wesentlichen Behinderung ist auch hier wieder das Ausmaß, in dem die Teilhabefähigkeit durch die bestehende psychische Erkrankung eingeschränkt ist.

#### **5.4 Besonderheiten bei Autismus-Spektrum-Störungen**

Autistische Störungen, auch Autismus-Spektrum-Störung oder tief greifende Entwicklungsstörungen genannt (ICD-10, F 84) gehören zu den seelischen Erkrankungen und umfassen eine Gruppe schwer wiegender Krankheitsbilder. Dazu gehören

- der frühkindliche Autismus (Kanner – ICD-10, F 84.0),
- der atypische Autismus (ICD-10, F 84.1),
- das Rett-Syndrom (ICD-10, F 84.2) und
- das Asperger Syndrom (ICD-10, F 84.5).

Bei bis zu 75 %<sup>22</sup> der betroffenen Personen liegt zugleich eine Schädigung der Körperfunktionen wegen einer Intelligenzminderung vor, durch die ebenfalls eine erhebliche Beeinträchtigung ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, bedingt ist. Diese Personen werden oftmals dem Personenkreis der geistig behinderten Menschen zugeordnet.

Liegen zugleich andere Schädigungen der Körperstrukturen oder Körperfunktionen vor, wie z.B. Gehörlosigkeit, kann auch eine Zuordnung zum Personenkreis der körperlich behinderten Menschen (Körper- oder Sinnesbehinderung) zutreffen.

Soweit keine der o.g. Schädigungen im Vordergrund steht, ist die Zuordnung zum Personenkreis der seelisch behinderten Menschen sachgerecht.

Bei Vorliegen einer Mehrfachbehinderung ist bei der Zuordnung zum jeweiligen Personenkreis auch darauf abzustellen, welche Behinderung den überwiegenden Bedarf auslöst.

Charakteristisch für das Vorliegen autistischer Störungen sind qualitative Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion, der Kommunikation und Sprache, sowie typische, vor allem repetitive, restriktive und stereotypische Verhaltensmuster.

Die Diagnostik umfasst dabei eine gezielte symptomorientierte Befragung der Eltern sowie eine strukturierte Beobachtung des Verhaltens des Kindes.

Empfohlen werden standardisierte Interview- und Beobachtungsinstrumente, um die Diagnose zu sichern.

Derzeit werden hierfür das „Autismus-Diagnostische-Interview“ (ADI-R) und das „Autismus-Diagnostische-Beobachtungsinstrument“ (ADOS-G) eingesetzt. Daneben werden auch Fragebögen wie die Autismus Beurteilungsskala (CARS) oder die Autismus-Verhaltensliste (ABC) bzw. die „Real-Life-Rating-Scale“ (RLRS) verwendet.

---

<sup>22</sup> Erfahrungswert nach DSM IV



## **5.5 Besonderheiten bei erworbenen Hirnschädigungen**

Der Begriff der erworbenen Hirnschädigungen ist ein ungenauer Sammelbegriff, der zum Ausdruck bringt, dass ein mehr oder minder komplexes Schädigungsbild durch ein oder mehrere im Laufe des Lebens auf das Gehirn einwirkende Ereignisse wie Schädelhirntraumata, Schlaganfälle, Entzündungen des Gehirns, Hirntumoren usw. entstanden ist.

Die Symptomatik erworbener Hirnschädigungen kann psychische und neuropsychologische Einschränkungen von Merkfähigkeit und Gedächtnis, Einschränkungen der affektiven Steuerungsfähigkeit, Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration, der Körperwahrnehmung, Störungen der Handlungsorganisation, der räumlichen Orientierung oder psychotische Symptome wie Wahn und Trugwahrnehmungen oder Depressivität ebenso umfassen wie traumatische Epilepsien, spastische Lähmungen, Sinnesbehinderungen, Störungen der Sprachproduktion und des Sprachverständnisses (Aphasie). Erworbene Hirnschädigungen können also körperliche Behinderungen (einschließlich Sinnesbehinderungen) und seelische Behinderungen (z.B. in Folge von hirnorganischem Psychosyndrom) umfassen.

## **6. Maßregel- und Strafvollzug**

Die Notwendigkeit der Feststellung einer wesentlichen Behinderung nach den vorgenannten Grundsätzen besteht auch bei Personen, die aus dem Maßregel- und Strafvollzug entlassen werden. Ergibt sich bei Vorliegen einer wesentlichen Behinderung ein sozialhilferechtlicher Hilfebedarf, ist dieser im Rahmen der Eingliederungshilfe abzudecken. Präventions- oder Sicherungsmaßnahmen zur Verhinderung einer Straftat sind keine Maßnahmen der Eingliederungshilfe

Bewährungsauflagen können sich nur an Betroffene wenden, aber ohne das Vorliegen der sozialhilferechtlichen Voraussetzungen keinen Leistungsanspruch auslösen.

## **7. Zuordnungsprobleme bei den einzelnen Leistungsbereichen**

Zu Fragen der Zuordnung s. „Orientierungshilfe zu den Schnittstellen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII zu anderen sozialen Leistungen“ vom 22.11.2009.

## Anhang 1

### **Demenz**

Es handelt sich hierbei um eine erworbene Beeinträchtigung kognitiver Funktionen einschließlich der Störung von Gedächtnis und mindestens einer weiteren Teilleistung, die zur Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Funktion führt.

- Störung der Sprache,
- Beeinträchtigte Fähigkeit, motorische Funktionen trotz intakter Motorik auszuführen,
- Unfähigkeit, Gegenstände trotz intakter sensorischer Funktionen wiederzuerkennen oder zu identifizieren,
- Störungen im Bereich der Planung, Organisation, Einhalten einer Reihenfolge, Abstraktion.

Die Darstellung des Schweregrades einer Demenz ist für die Entscheidung des Vorliegens einer wesentlichen Behinderung von großer Bedeutung.

Um zu einer Einschätzung der Ausprägung einer Demenz zu gelangen, kann die globale Verschlechterungsskala nach Reisberg<sup>23</sup> benutzt werden. Diese beschreibt sieben Stadien. Hierbei kann in der Regel das **Vorliegen einer wesentlichen Behinderung** mit **Stadium 4** angenommen werden.

Allerdings ist zu prüfen, ob und inwieweit in diesen Fällen die Ziele der Eingliederungshilfe noch zu erreichen sind. Ist dies nicht der Fall, kommen Leistungen der Hilfe zur Pflege nach Kapitel 7 SGB XII in Betracht.

#### **Die Stadien nach Reisberg im Einzelnen:**

##### **1. Keine kognitiven Leistungseinbußen**

Keine subjektiven Hinweise auf ein Gedächtnisdefizit. Im klinischen Interview wird kein Gedächtnisdefizit evident.

##### **2. Zweifelhaft kognitive Leistungseinbußen**

Subjektive Klagen über Defizite, am häufigsten in nachfolgenden Bereichen: (a) vergisst, wo vertraute Gegenstände abgelegt wurden, (b) vergisst früher gutbekannte Namen. Keine objektiven Zeichen eines Gedächtnisdefizits im klinischen Interview. Keine objektivierbaren Defizite im Beruf oder im sozialen Umfeld. Angemessenes Verhalten unter Berücksichtigung der Symptomatik.

##### **3. Geringe kognitive Leistungseinbußen**

Erste eindeutige Defizite manifestieren sich in mehr als einem der nachfolgenden Bereiche: (a) Die/Der Patient/in kann sich an einem fremden Ort nicht zurechtfinden, (b) Mitarbeiter(innen) bemerken die reduzierte Arbeitsleistung, (c) Freunde und Bekannte bemerken Wortfindungsstörungen und Schwierigkeiten, die Namen von Bekannten zu erinnern, (d) die/der Patient/in behält nur einen geringen Teil einer gelesenen Textpassage, (e) die/der Patient/in kann sich deren Namen bei der Vorstellung neuer Personen schlechter merken, (f) die/der Patient/in verlegt oder verliert Wertgegenstände, (g) während der klinischen Testung wird ein Konzentrationsdefizit evident. Objektive Gedächtnisdefizite lassen sich nur in einem ausführlichen klinischen Interview bzw. in psychometrischen Tests finden.

Verringerte Leistungsfähigkeit im Beruf oder im sozialen Umfeld. Die/der Patient beginnt, Defizite zu verleugnen. Geringe bis mittelgradige Angst begleitet die Symptome.

---

<sup>23</sup> Übersetzung der Spezialambulanz für Gedächtnisstörungen am AKH Wien

#### **4. Mäßige kognitive Leistungseinbußen**

Im sorgfältig durchgeführten klinischen Interview manifestieren sich eindeutige Defizite in folgenden Bereichen: (a) Kenntnis aktueller oder kurz zurückliegender Ereignisse, (b) Erinnern des eigenen Lebenslaufs, (c) Konzentration bei den Aufgaben mit seriellen Subtraktionen, (d) Fähigkeit, sich an unbekannten Orten zurechtzufinden.

Unfähigkeit komplexe Aufgaben durchzuführen. Das Verleugnen von Defiziten ist die dominierende Abwehrstrategie. Der Affekt verflacht, in die/der Patient/in beginnt, Situationen mit höheren Anforderungen zu vermeiden.

#### **5. Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen**

Die/Der Patient/in kann ohne fremde Hilfe nicht mehr zurechtkommen. Sie/Er kann sich während des Interviews kaum an relevante Aspekte seines Lebens erinnern, z. B. an die Adresse, die langjährige Telefonnummer, die Namen naher Familienangehöriger wie die der Enkel oder den Namen der Schule, die sie/er zuletzt besucht hat. Häufig steht Desorientierung zur Zeit (Datum, Wochentag, Jahreszeit etc.) oder zum Ort. Eine gebildete Person kann Schwierigkeiten haben, beginnend bei 40 in Vierschritten oder beginnend bei 20 in Zweisritten rückwärts zu zählen. Patienten dieses Stadiums erinnern allerdings noch einige Fakten, die sie selbst oder andere betreffen. Sie erinnern ihren Namen ebenso gut wie den des Ehepartners oder der Kinder. Sie brauchen keine Hilfe beim Toilettengang oder Essen, können aber Schwierigkeiten bei der Auswahl situationsgerechter Kleidung haben (z. B. wählen sie oft Hausschuhe für den Waldspaziergang).

#### **6. Schwere kognitive Leistungseinbußen**

Die/Der Patient/in kann gelegentlich den Namen des Ehegatten vergessen, von dem ihr/sein Überleben abhängt. Keine Kenntnis kurz zurückliegender Ereignisse und eigener Erfahrungen. Lückenhafte Erinnerung an die eigene Vergangenheit. Jahreszeiten und zeitliche Veränderungen werden z. B. nicht mehr wahrgenommen. Sie/Er kann Schwierigkeiten haben, von zehn bis eins rückwärts zu zählen, gelegentlich sogar beim Vorwärtzählen von eins bis zehn. Benötigt Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen, kann z. B. inkontinent werden oder Hilfe benötigen, um sich an bekannten Orten zurechtzufinden. Gelegentlich gelingt es aber auch ohne Hilfe. Der Tag-Nacht-Rhythmus ist häufig gestört. Beinahe immer wird der eigene Name erinnert. Häufig können noch bekannte von unbekannten Personen unterschieden werden.

Persönlichkeitsveränderungen und Gefühlsstörungen treten in den Vordergrund. Sehr variabel ausgeprägte Störungen sind: (a) Verfolgungsgedanken, z. B. wird der Betreuungsperson Betrug und Diebstahl unterstellt oder mit imaginären Personen oder dem eigenen Spiegelbild gesprochen, (b) Zwangssymptome, z. B. wird ständig ein und derselbe Gegenstand gereinigt, (c) Angstsymptome. Unruhe und aus der Vergangenheit nicht bekanntes aggressives Verhalten können auftreten, (d) fehlender Willensantrieb, z. B. kann erwünschtes Verhalten nicht mehr in die Tat umgesetzt werden, weil der Gedankengang dazu nicht mehr lange genug im Kopf behalten wird.

#### **7. Sehr schwere kognitive Leistungseinbußen**

Häufig totaler Sprachverlust, gelegentlich sind noch sprachliche Automatismen erhalten. Harninkontinenz; sie/er ist beim Toilettengang und Essen auf Hilfe angewiesen. Verlust grundlegender psychomotorischer Fähigkeiten, kann z. B. nicht mehr laufen. Das Gehirn scheint den Körper nicht mehr steuern zu können. Häufig finden sich generalisierte und fokale neurologische Symptome.

## **Anhang 2**

### **Epilepsie**

Epilepsien können je nach Schweregrad und Verlauf zu körperlichen und/oder psychischen Beeinträchtigungen führen.

Epilepsien können auch zu Beeinträchtigungen von psychischen Funktionen wie Verlangsamung, erschwerte Umstellungsfähigkeit, Weitschweifigkeit, Affektlabilität, chronischer Wesensänderung führen. Dann spricht man von einem sog. hirnorganischen Psychosyndrom, das bei entsprechender Beeinträchtigung der Teilhabefähigkeit zu den seelischen Behinderungen gerechnet wird.

Erforderlich ist eine Einteilung nach dem Schweregrad der Epilepsie, wobei z.B. auf das Schema zur Gliederung von Epilepsien nach Schweregrad, erarbeitet vom Epilepsiezentrum Kehl-Kork, zurückgegriffen werden kann.

Eine erhebliche Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit und eine dadurch bedingte wesentliche körperliche Behinderung ist aufgrund von Schwere und Häufigkeit der Anfälle, wie sie in Stufe 4 des Schemas beschrieben sind, anzunehmen.

### **Schema zur Gliederung nach Kehl-Kork:**

#### **Stufe 0 "keine Epilepsie"**

#### **Stufe 1 ("inaktive Epilepsie, keine Therapie")**

Es besteht die Diagnose einer Epilepsie **und**  
der Patient ist seit mehr als vier Jahren anfallsfrei. **und**  
der Patient erhält seit mindestens zwei Jahren keine Antiepileptika.

#### **Stufe 2 ("Epilepsie, unter Therapie anfallsfrei")**

Es besteht eine Epilepsie **und**  
der Patient ist seit mehr als vier Jahren anfallsfrei **und**  
der Patient erhält Antiepileptika, deren Dosis während des Einschätzungszeitraums nicht mit dem Ziel des Absetzens reduziert wird. (Absetzversuche bedingen eine Einstufung unter Stufe 4).

#### **Stufe 3 ("Epilepsie, leichter Schweregrad")**

Es besteht eine Epilepsie **und**  
der Patient ist nicht anfallsfrei. Die Anfälle sind in ihrem Gesamterscheinungsbild (Häufigkeit, Anfallssymptomatik, Serien- oder Statusgefahr, von ihnen ausgehende akute Gefährdung) so mild, dass

- sie nur in bestimmten, leicht vermeidbaren Situationen eine Gefährdung bedeuten könnten (z. B. Absturzgefahr, Schwimmen, Führen eines Kraftfahrzeuges, Bedienung einer gefährlichen Maschine) **und**
- sie keine Erste-Hilfe-Maßnahmen oder Beaufsichtigung während des Anfalls **oder** Medikamentenverabreichung während oder nach dem Unfall erforderlich machen **oder**
- er seit weniger als vier Jahren anfallsfrei ist.

#### **Beispiele:**

- Gelegentliche einzelne tonische Anfälle mit strenger Schlafbindung,
- seltene einzelne leichte fokal-motorische oder fokal-sensible Anfälle ohne Ausbreitung,
- seltene leichte Myoklonien ohne Bewusstseinsbeeinträchtigung,
- seltene einzelne symptomarme Absencen ohne Sturzgefahr mit Zeitbindung (z. B. morgens),
- kurze seltene, leicht tonische Anfälle bei immobilen Personen (dauernd im Rollstuhl oder bettlägerig).



#### **Stufe 4 ("Epilepsie, mittlerer Schweregrad")**

Es besteht eine Epilepsie **und**

der Patient ist nicht anfallsfrei **und**

Kriterien für Stufe 5 liegen nicht vor **und**

die Anfälle sind in ihrem Gesamterscheinungsbild (Häufigkeit, Anfallssymptomatik, Serien- oder Statusgefahr, von ihnen ausgehende akute Gefährdung) so ausgeprägt, dass sie Beaufsichtigung während des Anfalls oder Erste-Hilfe-Maßnahmen oder Verabreichung von Medikamenten während oder nach dem Anfall erfordern und deshalb ganz oder weitgehend lückenlose Beaufsichtigung und Begleitung erforderlich machen **und**

eine anfallsbedingte Verletzungsgefahr fakultativ vorhanden, aber niedrig ist. (Die Kriterien für eine Einstufung nach Stufe 5 siehe dort) **oder**

es besteht eine Epilepsie **und**

der Patient ist seit mindestens 4 Jahren anfallsfrei **und**

während des Einstufungszeitraums wird ein Antiepileptikum mit dem Ziel des Absetzens reduziert (Reduzierungen als Reaktion auf zu hohe Blutspiegel oder wegen Überdosierungserscheinungen fallen nicht darunter).

##### Beispiele:

- Alle Anfälle, die für den jeweiligen Patienten mit Sturzgefahr einhergehen,
- alle Grand-mal-Anfälle,
- alle Anfälle mit einer Bewusstseinseinschränkung am Tage,
- alle Anfälle, die beim jeweiligen Patienten zu Serien- oder Statusbildung neigen.

#### **Stufe 5 ("Epilepsie, hoher Schweregrad")**

Es besteht eine Epilepsie **und**

der Patient ist nicht anfallsfrei **und**

die Anfälle sind sehr häufig.

Mehr als drei Grand mal im Monat (im Durchschnitt der letzten 12 Monate) oder an mehr als fünf Tagen pro Monat (im Durchschnitt der letzten 12 Monate) tonische oder psychomotorische oder einfach-fokale Anfälle oder Grand mal oder Sturzanfälle epileptischer Genese. (Nicht in Serien auftretende Absenzen und Nick- oder Blinzelanfälle bedingen auch bei täglichem Auftreten die Einstufung unter Stufe 4) **oder**

die Anfälle haben ein großes Verletzungsrisiko:

- mindestens drei Platzwunden oder Distorsionen pro Jahr, **oder**
- eine Fraktur oder Commotio cerebri innerhalb der letzten drei Jahre, **oder**

eine Contusio cerebri oder eine intracranielle Blutung innerhalb der letzten fünf Jahre

**oder** die Anfälle sind unmittelbar oder wegen Statusgefahr lebensbedrohend und verlangen sofort ärztliches Eingreifen **oder**

der Patient befindet sich häufig (kumulativ oder 12 Stunden/Monat) in einem unmittelbar epilepsie- oder antiepileptika bedingten Ausnahmezustand (z.B. Dämmerzustand, postiktale Bewusstseinseinschränkung) **oder**

ein Grand-mal-Status innerhalb der letzten zwei Jahre.

#### **Stufe 6 ("Epilepsie, Extremfälle")**

Diese stellen an die Betreuung präklinische oder quasi klinische Ansprüche.

##### Beispiele:

- Mehr als 15 Grand mal Anfälle pro Monat,
- häufige oder tagelang anhaltende Dämmerzustände.

## **Anhang 3**

### **HIV-Infektion**

Bei der HIV-Erkrankung handelt es sich um ein erworbenes Immundefizienzsyndrom. AIDS<sup>24</sup> ist das Endstadium der HIV-Infektion. Die HIV-Infektion (human immuno deficiency virus = menschliches Immundefekt Virus) verläuft langsam mit einer langen Latenzphase und unterschiedlichen Manifestationen.

Eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit infolge einer HIV-Infektion ist anzunehmen, wenn infolge vorhandener klinischer Symptome eine stärkere Leistungsbeeinträchtigung im Alltag auftritt.

Dies ist immer der Fall, wenn sogenannte AIDS-definierende Erkrankungen auftreten (CDC-Klassifikation C). Beim Vorliegen des Vorstadiums von AIDS, der u. a. gekennzeichnet ist durch das Auftreten von Fieber  $>38^{\circ}\text{C}$  >3 Monate, Gewichtsverlust von  $>10\%$ , chronischen Durchfall, Müdigkeit und nächtliche Schweißausbrüche, ist immer eine individuelle Prüfung erforderlich, ob bereits eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit vorliegt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es inzwischen in diesem Stadium erfolgversprechende Behandlungsmöglichkeiten gibt.

Das Endstadium AIDS wird weitgehend durch eine Immunschwäche geprägt, in deren Folge es zum Auftreten von Infektionen und Tumoren kommt.

Weltweit hat sich zur Stadieneinteilung der HIV Erkrankung die Klassifikation des Centers for Disease Control (= CDC) durchgesetzt, die auf einer Kombination klinischer Kategorien und der labormedizinischen Bestimmung der CD4-Helferzellen, die einen wichtigen Parameter für die Funktionsfähigkeit des Immunsystems darstellen, beruht.

### **Die CDC / WHO – Klassifikation der HIV – Infektion**

<b>Klinik:</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
	Asymptomatische, akute HIV-Infektion, Lymphadenopathie	HIV-assoziierte Erkrankungen	AIDS-definierende Erkrankungen
<b>Labor:</b>			
1: CD4 > 500	A1	B1	C1
2: CD4 200-499	A2	B2	C2
3: CD4 <200	A3	B3	C3

Wichtige Abschnitte im Verlauf der HIV-Infektion sind:

#### **CDC - A**

- Die asymptomatische HIV-Infektion, deren Zeitpunkt nur ausnahmsweise, z.B. bei Bluttransfusionen, festgestellt werden kann,
- die Inkubationszeit bis zum Auftreten von Antikörpern im Blut bzw. bis zum Auftreten des ersten akuten Krankheitsbildes (siehe nächsten Punkt),
- die akute HIV-Krankheit: das nur selten diagnostizierte, akute Krankheitsbild, das einem grippalen Infekt ähnelt,
- die Latenzzeit, die Zeitspanne zwischen Serokonversion (= positiver „AIDS-Test“) und Manifestation der HIV-typischen Erkrankungen, die sich über viele Monate und Jahre hinziehen kann. Die infizierten Personen fühlen sich dabei meist subjektiv gesund,

<sup>24</sup> englische Abkürzung für Acquired Immune Deficiency Syndrome

- das Lymphadenopathie - Syndrom(= LAS) mit generalisierter Lymphknotenschwellung und unterschiedlichen, häufig geringen Allgemein-Symptomen.  
Es besteht hierbei noch keine funktionell bedeutsame Abwehrschwäche;

Ab diesem Stadium wird üblicherweise eine antiretrovirale Therapie (= ART) eingeleitet.

### **CDC – B**

Der AIDS-related-complex (= ARC) mit Nachtschweiß, Fieber, Gewichtsverlust, Durchfall und weiteren Symptomen. Hierbei besteht bereits ein ausgeprägter Immundefekt; durch ART kann die Viruslast verringert werden, was sich in einem Anstieg der CD4-Helferzellen und nachfolgender Rückbildung der Krankheitserscheinungen zeigt.  
Diese Phase wird durch neuere Behandlungsmethoden immer weiter verlängert.

### **CDC –C**

Das Vollbild von AIDS mit schwerem Immundefekt und damit einhergehenden opportunistischen Infektionen und Tumoren (= AIDS–definierende Erkrankungen)

## Anhang 4

### Arbeitshilfe des Landschaftsverbandes Rheinland, Köln, zur Feststellung einer wesentlichen Behinderung

1. Eine ärztliche Feststellung zu Art und Umfang der Behinderung liegt vor:
  - ☐ **nein**
  - ☐ **ja**, festgestellt wird eine Behinderung durch eine Abweichung vom alterstypischen Zustand der
    - ☐ körperlichen Funktion
    - ☐ geistigen Fähigkeit
    - ☐ seelischen Gesundheitdie mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate andauert, deren Eintritt nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.
2. Der Behinderung liegt eine nach ICD 10 diagnostizierte Erkrankung zugrunde
  - ☐ **nein**
  - ☐ **ja**, folgende  
.....ICD 10 .....
  - .....ICD 10 .....
3. Die ärztliche Feststellung benennt eine der in §§ 1 bis 3 EHVO nach § 60 SGB XII angeführten Behinderungsursachen, die eine erhebliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit zur Folge haben (können)
  - ☐ **nein**
  - ☐ **ja**, folgende körperliche Gebrechen
  - ☐ **ja**, eine Schwäche der geistigen Kräfte
  - ☐ **ja**, folgende seelische Störungen
4. Die erhebliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit infolge der festgestellten Funktionsstörungen wird in den eingereichten Unterlagen plausibel dargestellt
  - ☐ **nein**
  - ☐ **ja**, im IHP
  - ☐ **ja**, durch folgende Berichte
5. Es liegen verschiedene Behinderungen zugleich vor:
  - ☐ **nein**
  - ☐ **ja**, folgende

Es wird die vorrangige Behinderung genannt, durch die der Hilfebedarf überwiegend ausgelöst wird

  - ☐ **nein**
  - ☐ **ja**, folgende
6. Eine <sup>3</sup>wesentliche Behinderung im Sinne des § 53 SGB XII i. V. m. § 2 SGB IX liegt vor
  - ☐ **nein**
  - ☐ **ja**



## **Auszug aus den Erläuterungen der Arbeitshilfen des LVR**

**Wesentliche Kriterien** für die gesetzliche Definition von Behinderung sind, neben medizinisch diagnostizierbaren Beeinträchtigungen, die Abweichung von gesellschaftlicher "Normalität" in Bezug auf das Lebensalter und die erschwerte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Im einzelnen

- **Lernen und Wissensanwendung**

Lernen, Anwendung des Erlernten, Denken, Probleme lösen und Entscheidungen treffen über sinnliche Wahrnehmung, elementares Lernen, Wissensanwendung

- **Allgemeine Aufgaben und Anforderungen**

Aspekte der Ausführung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, die Organisation von Routinen und der Umgang mit Stress

- **Kommunikation**

Allgemeine und spezifische Merkmale der Kommunikation mittels Sprache, Zeichen und Symbolen, einschließlich des Verstehens und Produzierens von Mitteilungen sowie der Konversation und des Gebrauchs von Kommunikationsgeräten und Kommunikationstechniken – Kommunizieren als Sender und als Empfänger.

- **Mobilität**

Die eigene Bewegung durch Änderung der Körperposition oder –lage von einem Platz zum anderen, die Bewegung von Gegenständen durch Tragen, Bewegen oder Handhaben, die Fortbewegung durch Gehen, rennen, Klettern oder Steigen, sowie der Gebrauch verschiedener Transport- und Verkehrsmittel

- **Selbstversorgung**

Die eigene Versorgung, das Waschen, Abtrocknen und Pflege des eigenen Körpers, das An- und Ablegen von Kleidung, das Essen und Trinken und die Sorge um die eigene Gesundheit.

- **Häusliches Leben**

Die Ausführung von häuslichen und alltäglichen Handlungen und Aufgaben. Die Bereiche des häuslichen Lebens umfassen die Beschaffung einer Wohnung, von Lebensmitteln, Kleidung und anderen Notwendigkeiten, Reinigungs- und Reparaturarbeiten im Haushalt, die Pflege von persönlichen und anderen Haushaltsgegenständen und die Hilfe für andere.

- **Interpersonelle Interaktion und Beziehung**

Die Ausführung von Handlungen, die für die elementaren und komplexen Interaktionen mit Menschen – Fremden, Freunden, Verwandten, Familienmitgliedern und Lebenspartnern – in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise erforderlich sind.

- **Bedeutende Lebensbereiche**

Die Ausführung von Aufgaben und Handlungen, die für die Beteiligung an Erziehung, Bildung, Arbeit und Beschäftigung sowie für die Durchführung wirtschaftlicher Transaktionen erforderlich sind – informelle Bildung, Erwerbstätigkeit, bezahlte Arbeit und wirtschaftliches Leben.

- **Gemeinschaftsleben, soziales und staatsbürgerliches Leben**

Handlungen und Aufgaben, die für die Beteiligung an einem organisierten sozialen Leben außerhalb der Familie, der Gemeinschaft sowie in verschiedenen sozialen und staatsbürgerlichen Lebensbereichen erforderlich sind – Gemeinschaftsleben, Erholung, Freizeit, Religion, Menschenrechte und politisches Leben.

Die Teilhabestörungen sind nach den Merkmalen von Ausmaß oder Größe der Beeinträchtigung als Problem zu beurteilen

**Orientierungshilfe**  
**zu den Schnittstellen der Eingliederungshilfe**  
**nach dem SGB XII**  
**zu anderen sozialen Leistungen**  
  
**(„Schnittstellenpapier“)**

## Gliederung

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

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



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

### **Vorbemerkung<sup>1</sup>:**

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

Mit dem Übereinkommen wird der in der Bundesrepublik Deutschland mit dem SGB IX eingeleitete Paradigmenwechsel weiter vollzogen werden. Das Übereinkommen stärkt die Rechte von Menschen mit Behinderungen und wird damit wichtige Impulse für die weiteren Veränderungsprozesse setzen mit dem Ziel der vollen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an der Gesellschaft<sup>2</sup>

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

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

---

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

<sup>2</sup> So Gesetzesbegründung der Bundesregierung

## **I. Grundsätze zur Eingliederungshilfe**

### **1. Anspruchsberechtigter Personenkreis**

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

### **2. Aufgabe der Eingliederungshilfe**

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

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

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

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

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

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

### **3. Voraussetzungen für Leistungen der Eingliederungshilfe**

Die Voraussetzungen für Leistungen der Eingliederungshilfe sind erfüllt, wenn die Leistung nachfragende Person dem in § 53 SGB XII definierten Personenkreis zuzuordnen ist und die dort und im SGB IX genannten Ziele zumindest teilweise erreicht werden können<sup>4</sup>.

### **4. Rechtsgrundlage**

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

<sup>3</sup> s. hierzu Orientierungshilfe der BAGÜS „Der Behinderungsbegriff nach dem SGB IX und XII und dessen Umsetzung in der Sozialhilfe“ vom 27.11.2007

<sup>4</sup> s. Fußnote zu 3

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

## **5. Sozialhilfeträger als Rehabilitationsträger**

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

## **II. Nachrang der Sozialhilfe zu sonstigen Sozialleistungen**

### **1. Nachranggrundsatz**

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

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

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

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

Soweit behinderte Menschen Leistungen wie nicht behinderte Menschen erhalten, bedarf es keiner Leistungen der Eingliederungshilfe<sup>5</sup>. So haben u.a. die beamtenrechtlichen Beihilfenvorschriften, bedarfsdeckende Ansprüche z.B. aus privatrechtlichen Versicherungsverträgen oder Schadensersatzforderungen Vorrang vor Leistungen der Sozialhilfe<sup>6</sup>.

Sozialhilfe als Hilfe in gegenwärtiger Not hat im gegliederten Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland grundsätzlich die Aufgabe als letzte soziale Sicherung<sup>7</sup>. Dies gilt ohne Einschränkung auch für die Eingliederungshilfe. Ihre Garantiefunktion findet jedoch keine Anwendung, wenn der Leistungsberechtigte die im Einzelfall erforderliche Leistung von einem Träger vorrangiger Sozialleistungen erhält. Dabei kommt es auf Einzelheiten in der Ausgestaltung der bedarfsdeckenden Hilfe in den unterschiedlichen Sozialleistungssystemen auch dann nicht entscheidend an, wenn die Sozialhilfe in einzelnen Beziehungen günstiger ausgestaltet sein sollte. Maßgeblich ist vielmehr, dass die Hilfeleistung nach dem Recht des Trägers der vorrangigen Sozialleistung im ganzen so ausgestaltet ist, dass der Bedarf des Leistungsberechtigten angemessen (§ 9 SGB I: "ausreichend") abgedeckt und deshalb für ein Eingreifen der Sozialhilfe kein Raum ist<sup>8</sup>.

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

<sup>5</sup> BVerwG U v 19.10.1995, FEVS 46,366 zur Ausbildungsförderung

<sup>6</sup> BVerwGE 41, 216; 45,172; 50, 292

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

<sup>8</sup> BVerwGE 38, 174

tems voraus und begründet keine Befugnis, zwischen den Hilfen unterschiedlicher Sozialleistungssysteme zu wählen<sup>9</sup>.

Der Nachrang setzt nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts im Hinblick auf den Charakter der Sozialhilfe als Hilfe in gegenwärtiger, konkreter Not voraus, dass die Hilfe des Trägers anderer Sozialleistungen tatsächlich bereitsteht<sup>10</sup>. Die Sozialhilfe tritt also nicht bereits dann zurück, wenn die Hilfe nachfragende Person einen Rechtsanspruch auf die begehrte Leistung gegen einen anderen Sozialleistungsträger hat, sondern erst dann, wenn sie diese auch tatsächlich erhält<sup>11</sup> oder ohne Schwierigkeiten in angemessener Frist erhalten kann<sup>12</sup>. Nur Forderungen, die rechtzeitig durchsetzbar sind, stellen zur Behebung einer gegenwärtigen Notlage "bereite Mittel" dar<sup>13</sup>.

Die Eingliederungshilfe ist von den anderen Hilfearten so abzugrenzen, wie sich dies aus der jeweiligen Aufgabe, die den einzelnen Hilfearten gestellt ist, ergibt. Die Frage der Hilfeart richtet sich allein nach der Besonderheit des Einzelfalls. Weder bezieht sich das Wunschrecht des Leistungsempfängers auf die Wahl der Hilfeart noch steht dem Sozialhilfeträger ein Ermessensspielraum zu<sup>14</sup>.

## **2. Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX**

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

Dies gilt auch für Sozialhilfeträger untereinander, es sei denn, der Antrag ist gem. § 16 SGB I eingereicht und dann dem unstreitig zuständigen Träger der Sozialhilfe vorgelegt worden<sup>15</sup>.

§ 14 SGB IX enthält folgende Regelungen:

- Wird ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei einem Rehabilitationsträger gestellt (erstangegangener Träger), hat dieser innerhalb von 2 Wochen festzustellen, ob er nach seinem spezifischen Leistungsrecht für die beantragte Leistung sachlich und örtlich zuständig ist. Ist dies der Fall, hat er über den Antrag im Rahmen des für ihn geltenden Leistungsrechts zu entscheiden.
- Kommt er zum Ergebnis, dass er selbst nicht zuständig ist, hat er den Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zuzuleiten, den er für zuständig hält.
- Nach § 14 SGB IX hat der Träger, an den der Antrag weitergeleitet wurde – unabhängig davon, an wen der Antrag gerichtet war – umfassend alle Vorschriften, die Teilhabeleistungen zum Inhalt haben, daraufhin zu überprüfen, ob dem Anliegen des Antragstellers entsprochen werden kann<sup>16</sup>. Dies gilt auch für solche Leistungen bzw. Anspruchsgrundlagen, für die er an sich materiell nicht zuständig ist. Der zuständig gewordene Leistungsträger hat alle verfahrensrechtlichen Pflichten, die das SGB vorsieht, u.a. die umfassende Feststellung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe sowie zur Kooperation und Koordination nach §§ 8, 10-12 SGB IX zu beachten.
- Die Weiterleitung an einen dritten Rehabilitationsträger oder die Rückgabe an den Erstangegangenen ist nicht möglich. Eine nochmalige Weiterleitung ist (zur Vermeidung einer Ablehnung) dann möglich, wenn auf Grund eines offensichtlichen

<sup>9</sup> BVerwGE 91, 114; 94, 127

<sup>10</sup> BVerwGE 38, 307

<sup>11</sup> BVerwGE 38, 174

<sup>12</sup> BVerwGE 38, 307

<sup>13</sup> BVerwGE 67, 163

<sup>14</sup> VG Aachen, ZfP 2004, 157

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

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



Bearbeitungsfehlers an einen Rehabilitationsträger weitergeleitet wurde, dessen Leistungsrecht die in Betracht kommende Leistung überhaupt nicht erfasst<sup>17</sup>.

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

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

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

#### **1. Allgemeines**

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

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

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

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

#### **2. Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung**

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

---

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

## **2.1 Pflichtversicherung**

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

## **2.2 Familienversicherung**

Versichert sind nach § 10 SGB V der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern, sowie die Kinder von familienversicherten Kindern. Bei behinderten Kindern sind diese ohne Altersbegrenzung familienversichert, wenn sie außerstande sind, sich selbst zu unterhalten und die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind bereits familienversichert war. Die Familienversicherung tritt kraft Gesetzes ein. Daher schadet es auch nicht, wenn ein behinderter Mensch nach Vollendung des 25. Lebensjahres zeitweise in der Lage ist, sich trotz der Behinderung selbst zu unterhalten. Für diese Zeit ist zwar die Familienversicherung unterbrochen, sie lebt aber später automatisch auf, wenn die Behinderung eine Sicherstellung eigener Lebensbedarfe nicht wieder möglich macht<sup>18</sup>.

## **2.3 Freiwillige Versicherung**

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

## **2.4 Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung**

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

## **3. Mitgliedschaft in der privaten Krankenversicherung**

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

## **4. Leistungsvoraussetzungen in der Rentenversicherung**

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

## **5. Leistungen der medizinischen Behandlung und Rehabilitation**

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

---

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

## **5.1 Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)**

### **5.1.1 Leistungsvoraussetzungen**

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

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

Zu a)

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

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

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

Zu b)

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

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

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

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

### *5.1.2 Schnittstellen*

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

### *5.1.3 Lösungen*

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

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

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

## **5.2 Soziotherapie (§ 37a SGB V)**

### *5.2.1 Leistungsvoraussetzungen*

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

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

### *5.2.2 Schnittstellen*

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

### *5.2.3 Lösungen*

Der Sozialhilfeträger muss zum Beispiel in den Hilfeplankonferenzen<sup>19</sup> darauf hinwirken, dass zunächst zugelassene Fachärzte die Soziotherapie verordnen und eine ausreichende Zahl von Soziotherapeuten zugelassen werden, damit die verordnete Therapie auch durchgeführt werden kann. Hier gibt es gravierende örtliche Diskrepanzen. Auch wenn die Soziotherapie nicht in der notwendigen Anzahl erbracht wird, ist es die vorrangige Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, in anderer geeigneter Weise mit den ihnen zur Verfügung stehenden Maßnahmen und Methoden die behandlungsbedürftige Erkrankung zu behandeln. In Einzelfällen kann sich durch eine vorschaltete Soziotherapie der Förderaufwand der Sozialhilfe zum Beispiel im Bereich des Betreuten Wohnens sogar verringern.

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



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

### **5.3 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung § 37 b SGB V**

#### **5.3.1 Leistungsvoraussetzungen**

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

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

#### **5.3.2 Schnittstellen zur Sozialhilfe und zur Pflegeversicherung (SGB XI)**

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

#### **5.3.3 Lösungen**

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

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

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

### **5.4 Stationäre Krankenhausbehandlung bei fehlender medizinischer Indikation.**

#### **5.4.1 Leistungsvoraussetzungen**

Der Große Senat des Bundessozialgerichts hat am 25.9.2007 entschieden<sup>20</sup>, dass sich der Anspruch auf eine von der gesetzlichen Krankenkasse finanzierte stationäre Krankenhausbehandlung ausschließlich nach den medizinischen Erfordernissen richtet. Es ist nicht Aufgabe der Krankenkasse, so das BSG, die notwendigen gesellschaftlichen oder sozialen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit eine Nachbetreuung sichergestellt ist. Strukturelle Mängel, die beispielsweise durch eine Unterversorgung bei anderen stationären, teilstationären oder ambulanten Behandlungsformen entstanden sind,

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



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

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

#### 5.4.2 Schnittstellen

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

#### 5.4.3 Lösungen

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

Ist jedoch eine Betreuung erforderlich, wird sie im Rahmen der Eingliederungshilfe oder im Rahmen der Hilfe in sonstigen Lebenslagen<sup>21</sup> geleistet, solange eine Betreuungsmöglichkeit außerhalb des Krankenhauses (noch) nicht zur Verfügung steht. Sollte die Krankenkasse ihre Leistungen rückwirkend einstellen (oder nicht mehr verlängern), gilt für den Sozialhilfeträger § 18 Abs. 1 SGB XII (Einsetzen der Sozialhilfe) uneingeschränkt.

Nach §§ 10 und 11 SGB IX ist auch der bisherige Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation in der Verantwortung, dafür Sorge zu tragen, dass die Maßnahmen so zusammengestellt werden, dass sie ineinander greifen (Prinzip der Nahtlosigkeit<sup>22</sup>). Darüber hinaus hat auch der Sozialhilfeträger die Möglichkeit, mit der Vorstellung der leistungsberechtigten Person in der Hilfeplankonferenz auf eine nahtlose Weiterbetreuung außerhalb des Krankenhauses hinzuwirken.

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

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

#### 1. Problemlage/Ausgangspunkt

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

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

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

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

und sonstige Leistungen zur Vorbereitung des Schulbesuchs<sup>23</sup>, andererseits heilpädagogische Leistungen für noch nicht eingeschulte Kinder<sup>24</sup> (unabhängig von einem etwaigen späteren Schulbesuch) dazu, dieses Ziel zu verwirklichen (Näheres hierzu s. Kap. XII Rn. 2).

Für schulvorbereitende Maßnahmen einschließlich des Besuches eines sog. Schulkindergartens ist zunächst die Kultusbehörde des Landes bzw. der zuständige Schulträger je nach landesrechtlicher Bestimmung vorrangig zuständig. Nachrangig können Leistungen der Eingliederungshilfe zu einer angemessenen Schulbildung nach § 54 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB XII gewährt werden<sup>25</sup>.

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

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

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

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

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

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

## **2. Schnittstelle zur Kindertagesstättenfinanzierung nach SGB VIII**

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

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

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

<sup>25</sup> Hierzu näher Kapitel V.

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

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

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

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

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

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

Die langfristigen Auswirkungen geplanter neuer gesetzlicher Regelungen zur Förderung von Kindern unter drei Jahren in Tageseinrichtungen<sup>27</sup> insbesondere auf die heilpädagogischen Leistungen der Eingliederungshilfe sind noch nicht abzuschätzen. Grundsätzlich soll behinderten Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf auch unter drei Jahren der Besuch einer Tagesstätte möglich sein, wenn damit die Ziele der Eingliederungshilfe verfolgt werden können.

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

Soweit das Land nicht von der Möglichkeit des § 10 Abs. 4 Satz 3 SGB VIII Gebrauch macht, gehen Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII für junge Menschen (bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres), auch von Kindern, die körperlich und geistig behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, den Eingliederungshilfeleistungen der Jugendhilfeträger für seelisch behinderte Kinder nach § 35 a SGB VIII vor (§ 10 Abs. 4 Satz 2 SGB VIII). Für Eingliederungshilfeleistungen an ein Kind mit Mehrfachbehinderung (seelische und geistig bzw. körperliche Behinderung) ist der im Rahmen der Landesregelungen nach § 97 SGB XII zuständige Träger der Sozialhilfe vorrangig vor dem Jugendhilfeträger zuständig, wenn sowohl die seelische als auch die geistige bzw. körperliche Behinderung den konkreten Hilfebedarf begründen. Daneben bleibt der Jugendhilfeträger für alle sonstigen Jugendhilfen zur vorschulischen Bildung und Erziehung, insbesondere den Hilfen zur Erziehung weiter zuständig<sup>28</sup>.

Die Träger der Jugendhilfe und die Träger der Sozialhilfe sollen nach § 22 a Abs. 4 Satz 2 SGB VIII bei der Planung, konzeptionellen Ausgestaltung und Finanzierung des Angebots an Tageseinrichtungen zur vorschulischen Bildung zusammen arbeiten. Gemeinsame fachliche Richtlinien und Vereinbarungen sind anzustreben<sup>29</sup>. (Hinsichtlich der Schnittstelle zur Jugendhilfe vgl. Kap. IX)

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

<sup>28</sup> Zu weiteren Schnittstellen nach § 10 SGB VIII siehe Kapitel IX

<sup>29</sup> Siehe etwa Rahmenvereinbarung „Integrationsplatz“ in Hessen.

## **4 Lösungen**

### **4.1. *Einrichtungsscharakter***

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

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

### **4.2 *Elternbeiträge/Kosten des Mittagessens***

Etwaige nach Landesrecht von allen Eltern in gleicher Weise zu zahlende Elternbeiträge für den Besuch einer integrativen Kindertagesstätte haben die Eltern behinderter Kinder vorrangig selbst zu tragen<sup>30</sup>.

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

### **4.3 *Behinderungsbedingter Mehraufwand in allgemeinen Kindertagesstätten***

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

### **4.4 *Medizinische Rehabilitation und Pflege***

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

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

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

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

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

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

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



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

## **1. Schulbildung**

### **1.1 Problemlage**

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

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

Eine elementare Schulbildung<sup>31</sup> zählt zu den Grundbedürfnissen des Menschen. Ohne die Fähigkeit, lesen, schreiben oder rechnen zu können, bleiben wichtige Informationen verschlossen, die Kommunikation wird erheblich erschwert und es droht Isolation.

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

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

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

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

### **1.2 Schnittstellen**

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

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

Darüber hinaus können auch vorrangige Ansprüche gegen die Träger der Jugendhilfe<sup>32</sup>, die Träger der Arbeitsförderung und andere Träger der beruflichen Rehabilitation

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



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

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

### **1.3 Die Wahl des Förderortes**

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

Die Entscheidung über die insofern geeignete Schulform ist erst dann eine grundrechtswidrige Benachteiligung, wenn auf eine Sonder- bzw. Förderschule überwiesen wird, obgleich an einer allgemeinen Schule mit entsprechender Förderung unterrichtet werden könnte, der dafür erforderliche Aufwand mit vorhandenen Mitteln bestritten werden kann und auch organisatorische Probleme und schutzwürdige Belange Dritter der integrativen Beschulung nicht entgegenstehen<sup>32</sup>. Es ist insofern verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, dass nach diesem Konzept die integrative Erziehung und Unterrichtung unter den Vorbehalt des organisatorisch, personell und von den sächlichen Voraussetzungen her Möglichen gestellt ist.

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

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

### **1.4 Einzelne Leistungen (Schnittstellen und Empfehlungen)**

#### **1.4.1 Integrationshelfer<sup>35</sup>**

Hat die Schule nach geltendem Schulrecht den notwendigen Betreuungsaufwand sicherzustellen, ist zuerst zu ermitteln, ob diese Verpflichtung auch tatsächlich und konkret die Kosten für eine Assistenz bzw. eine Schulbegleitung umfasst. Einige Länder schließen teils ausdrücklich die Übernahme dieser Kosten aus<sup>36</sup>.

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

---

<sup>32</sup> Zur Schnittstelle siehe hier oben Kapitel IX

<sup>33</sup> BVerfG, Beschluss vom 08.10.1997, BVerfGE Bd. 96, S. 288.

<sup>34</sup> BVerwG, Urteile vom 26.10.2007, Az. 5 C 34.06 und 5 C 35.06.

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

<sup>36</sup> Z.B. § 92 SchulG NRW, §§ 49 ff. HSchulG Rheinland-Pfalz.

schen gelten, wenn Art und Intensität der Behinderung einen außergewöhnlichen Betreuungs- und Förderbedarf verursachen, den die Schule mit dem vorhandenen Personal nicht decken kann, ohne zugleich den Bildungsanspruch der Mitschüler zu gefährden. Insbesondere beim Besuch der allgemeinen Schule muss bei Übernahme der Kosten eines Integrationshelfer im Rahmen der Eingliederungshilfe das Leistungsspektrum, der Umfang der Hilfe und die Qualifikation des Integrationshelfers detailliert beschrieben werden, um die Leistungen der Sozialhilfe vom schulischen Auftrag abgrenzen zu können. Zu klären ist dabei auch die Frage, wer dem Integrationshelfer Weisungen erteilen darf<sup>37</sup>.

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

Sofern Schülerinnen und Schüler einen Anspruch auf Behandlungspflege gemäß § 37 Abs. 2 SGB V gegen die Krankenversicherung haben, besteht dieser vorrangige Anspruch auch während des Schulbesuchs beim Einsatz eines Integrationshelfers<sup>38</sup>.

#### *1.4.2 Fahrtkosten*

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

#### *1.4.3 Lernmittel und Schulgeld*

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

#### *1.4.4 Hilfsmittel zum Schulbesuch*

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

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

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

Die Krankenkasse hat beim Transport zur Schule vorrangig die Kosten für einen sog. Kraftknoten nach § 33 SGB V zu übernehmen<sup>39</sup>.

<sup>37</sup> BVerwG, Urteil vom 28.4.2005, Az. 5 C 20.04

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

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

#### 1.4.5 Internatsbesuch

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

Es ist stets vorrangig zu prüfen, ob der behinderte Schüler einen BAföG-Anspruch auf Übernahme der Internatskosten (einschließlich Fahrkosten) hat. Beim Vorrang der Leistungen der Ausbildungsförderung insbesondere der Zusatzleistungen nach der Härteverordnung zu § 14 a BAföG ist allein maßgeblich, dass der Schulbesuch entfernungsbedingt den Besuch eines angeschlossenen Internates oder gleichgestellten Wohnheimes auslöst<sup>40</sup>. Im Rahmen des § 2 Abs. 1 SGB XII sind zunächst die Eltern bzw. die ansonsten BAföG-Berechtigten auf eine entsprechende Antragstellung hinzuweisen. Zur Sicherung der vorrangigen Ansprüche ist ggf. nach Eintritt in die Hilfe nach § 95 SGB XII bzw. §§ 102 ff. SGB X vorzugehen.

### 2. schulische Berufsausbildung

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

### 3. Hilfen zum Besuch einer Hochschule

Das unter 2. Gesagte gilt zunächst auch für den Besuch einer Hochschule. Im Übrigen wird auf die gesonderte Empfehlung zu den Hochschulhilfen verwiesen<sup>41</sup>.

## VI. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

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

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

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

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

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

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

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

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

Zusätzlich wird im SGB IX ausdrücklich klargestellt, dass

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

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

### **3. Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen**

#### **3.1 Aufgabenstellung der Werkstätten**

Aus der Bestimmung des Personenkreises in § 136 Abs. 1 Satz 2 SGB IX folgt, dass Werkstätten nur dann Leistungen für behinderte Menschen anzubieten haben, wenn diese nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können. Dies sind deshalb Personen, die wegen Art und Schwere der Behinderung als voll erwerbsgemindert im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 3 SGB VI gelten<sup>42</sup>, weil sie auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein und somit nicht, noch nicht oder noch nicht wieder dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Dies gilt sowohl für Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich; wie auch im Arbeitsbereich. Die volle Erwerbsminderung endet auch bei Personen, die den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt anstreben, erst, wenn die berufliche Eingliederung durch die Aufnahme eines sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses vollzogen ist.

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

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

#### **3.2 Zuständigkeit im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich**

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

---

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



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

in Verbindung mit § 40 SGB IX;

Hat allerdings ein behinderter Mensch (z. B. dienstunfähige Beamte) dem Grunde nach keinen Anspruch auf Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich gegenüber einem der vorgenannten Rehabilitationsträger, käme eine Leistungserbringung durch den Träger der Sozialhilfe nach § 54 Abs. 1 SGB XII i. V. m. § 33 Abs. 1 und § 40 SGB IX in Betracht; § 42 Abs. 1 SGB IX hat also keine anspruchsaus-schließende Wirkung gegenüber dort nicht aufgeführten Rehabilitationsträgern<sup>43</sup>.

### **3.3 Leistungsrechtliche Voraussetzungen für Leistungen im Arbeitsbereich der Werkstätten**

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

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

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

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

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

Folglich kommen für eine Beschäftigung im Arbeitsbereich grundsätzlich nicht in Betracht<sup>44</sup>

- lernbehinderte Menschen<sup>45</sup>, da diesen anderweitige berufsfördernde Instrumente zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX zur Verfügung stehen, ggf. unter Einschaltung von Integrationsfachdiensten (§§ 109 ff. SGB IX) und durch Beschäftigung und Qualifizierung in Integrationsprojekten (§§ 132 ff. SGB IX); ist jedoch die Lernbehinderung verbunden mit erheblichen Störungen der visuellen Wahrnehmungsfunktionen, gravierenden Aufmerksamkeitsstörungen, erhebliche Gedächtnisstörungen und erhebliche Störungen der Denkfähigkeit und Handlungsstörungen, wodurch insgesamt eine wesentliche Behinderung vorliegt und die eine Qualifizierung und

<sup>43</sup> vgl. Werkstattempfehlungen (WE) der BAGüS, Stand 1.1.2010, Rn. 10.6

<sup>44</sup> vgl. WE der BAGüS, Rn. 10.4.1

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



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

- erwerbsfähige schwerbehinderte Menschen, da diese dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen und für diesen Personenkreis besondere Förder- und Integrationsmöglichkeiten nach §§ 33, 104, 132 ff. SGB IX i. V. m. dem SGB II oder SGB III bestehen,
- erwerbsfähige behinderte Menschen, für die Leistungen zur Eingliederung in Arbeit nach § 16 SGB II oder Leistungen nach dem SGB III i. V. m. § 33 SGB IX erbracht werden können,
- Personen, bei denen ausschließlich wegen besonderer sozialer Schwierigkeiten Hilfe nach § 67 SGB XII geboten ist,
- Bezieher von Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung nach § 43 Abs. 1 SGB VI, weil sie trotz ihrer Behinderung noch in der Lage sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden – aber nicht mehr als sechs Stunden - täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 2 SGB VI), ggf. mit Hilfe von Leistungen nach §§ 33 ff. SGB IX und mit begleitender Hilfe am Arbeitsleben des Integrationsamtes nach § 102 SGB IX,
- Bezieher einer so genannten Arbeitsmarktrente i. S. d. Rechtsprechung des BSG<sup>46</sup> Rente wegen voller Erwerbsminderung auch an Personen, deren (Rest-) Leistungsvermögen noch Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zwischen drei und sechs Stunden täglich zulässt, denen aber binnen eines Jahres kein geeigneter Arbeitsplatz angeboten wird,
- behinderte Menschen, die zum Zeitpunkt des beantragten Beschäftigungsbeginns die rentenversicherungsrechtliche Altersgrenze erreicht haben,
- behinderte Menschen, für die Betreuung und Förderung i.S.d. § 136 Abs. 3 SGB IX geboten sind.

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

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

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

---

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

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

### **1. Allgemein**

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

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

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

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

### **2. Schnittstelle zu unterhaltssichernden Leistungen**

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

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

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

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

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

vom Bedarfsdeckungs- und Individualisierungsgrundsatz werden jedoch nur diejenigen Kosten zu übernehmen sein, die konkret nachgewiesen sind<sup>47</sup>.

Ein Anspruch auf Übernahme der Betreuungskosten für die Teilnahme an einer Ferienmaßnahme kann auch dann bestehen, wenn durch die Teilhabeleistung nicht mit einer dauerhaften Entwicklung im Sinne einer Behebung der Behinderung zu rechnen ist. Vielmehr soll genügen, dass mit der Maßnahme eine Milderung der Beeinträchtigung erreicht werden kann<sup>48</sup>. Dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe wegen der Schwere der Behinderung erfüllt oder nicht erfüllt werden könne, sei, anders als bei anderen Leistungen der Eingliederungshilfe, nicht maßgeblich.

### 3. Schnittstelle zu den Leistungen nach dem SGB II

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

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

Mit der jüngsten Rechtsprechung, namentlich der Beschluss des LSG Sachsen-Anhalt<sup>49</sup>, sowie dem Beschluss des SG Magdeburg<sup>50</sup>, soll eine Erbringung von Leistungen der Teilhabe am Gemeinschaftsleben auch Beziehen von Leistungen nach dem SGB II möglich sein. Wesentliches Abgrenzungskriterium soll der Schwerpunkt des Hilfebedarfs sein. Der Träger der Arbeitsverwaltung sei zuständig und zur Leistungserbringung verpflichtet, wenn der Hilfebedarf unmittelbar im Hinblick auf eine beabsichtigte Arbeitsaufnahme besteht oder eine nur gelegentliche psychosoziale Betreuung und Suchtberatung notwendig sei. Hingegen sei der Träger der Sozialhilfe verpflichtet, wenn vordergründig die Überwindung einer sozialen Isolation, die Vermittlung einer Tagesstruktur sowie eine psychosoziale Betreuung erforderlich ist.

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

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

<sup>47</sup> VGH Hessen, Ur. v. 26.05.1992, UE 52/89, FEVS 43, 128)

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

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

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

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

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

Zu beachten ist auch die Entscheidung des BSG<sup>52</sup>, die sich mit dem Einrichtungsbegriff des § 7 Abs. 4 SGB II auseinandersetzt und klarstellt, dass dieser nicht durch einen Rückgriff auf das Sozialhilferecht bestimmt werden kann. Der Begriff der Einrichtung i.S.d. § 7 Abs. 4 SGB II ist nach objektiven Kriterien zu bestimmen. Ist dem Leistungsberechtigten wegen der Struktur der Einrichtung möglich, gemäß § 8 SGB II täglich einer Erwerbstätigkeit von drei Stunden auf dem Arbeitsmarkt nachzugehen und hat er die Möglichkeit dazu, handelt es sich nicht um eine Einrichtung i.S.d. SGB II. Ist hingegen aufgrund der Struktur und konkreten Ausgestaltung des Tagesablaufs der Leistungsberechtigte daran gehindert, aus der Einrichtung heraus einer Tätigkeit in diesem Umfang nachzugehen, d.h. wegen der Einbindung in den Tagesablauf der Einrichtung räumlich und zeitlich so weitgehend fremdbestimmt, dass für die im SGB II vordergründigen Integrationsbemühungen zur Eingliederung in Arbeit nicht ausreichend Raum ist, handelt sich um eine Einrichtung im Sinne des § 7 Abs. 4 SGB II. In diesem Fall besteht kein Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende, sodass im Bedarfsfalle Leistungen nach dem SGB XII zu erbringen sind.

#### **4. Schnittstelle zu Leistungen nach dem SGB V**

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

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

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

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

### **VIII. Hilfsmittelversorgung**

#### **1. Allgemeines**

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

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

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



Unter Hilfsmitteln werden Körperersatzstücke sowie orthopädische und andere Hilfsmittel verstanden (§ 31 SGB IX), soweit sie nicht allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind. Sie dienen dem Zweck, den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine bestehende Behinderung auszugleichen. Beim Ausgleich behinderungsbedingter Defizite zielen sie allein auf die Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens ab. Hierzu zählen: Gehen, Stehen, Greifen, Sehen, Hören, Nahrungsaufnahme, Ausscheiden, (elementare) Körperpflege, selbständiges Wohnen sowie das Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums im Nahbereich der Wohnung<sup>54</sup> und das Bedürfnis bei Krankheit oder Behinderung Ärzte und Therapeuten aufzusuchen<sup>55</sup>.

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

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

Sie müssen von den Leistungsberechtigten getragen, mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können. Der Anspruch auf Hilfsmittelgewährung umfasst die notwendige Änderung, Instandhaltung, Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung zum Gebrauch des Hilfsmittels (vgl. auch § 10 EHVO). In Ausnahmefällen kann neben der Erstausrüstung eine Mehrfachausstattung in Betracht kommen<sup>56</sup>.

## **2. Schnittstellen**

### **2.1 Rehabilitationsziele**

Hilfsmittel werden im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) oder der medizinischen, sozialen oder auch beruflichen Rehabilitation<sup>57</sup> und zum Zweck der Pflege gewährt. Bei den Rehabilitationsleistungen steht die medizinische Rehabilitation (§§ 26 Abs. 2 Nr. 6, 31 SGB IX, § 33 SGB V) im Vordergrund. Bei dieser werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Dies gilt auch, um Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Im Rahmen der Eingliederungshilfe werden Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt, § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII.

Die Hilfsmittelversorgung ist vor allem eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung zur medizinischen Rehabilitation. Hilfsmittel werden regelmäßig aufgrund ärztlicher Verordnung gewährt, die aber nicht zwingend ist. Das sog. Hilfsmittelverzeichnis (§ 139 SGB V), aufgeteilt in sog. Produktgruppen, bietet nur eine Auslegungs- und Orientierungshilfe<sup>58</sup>; im Einzelfall ist ein Hilfsmittel gleichwohl zu gewähren, wenn es dort nicht aufgeführt, aber nach dem individuellen Bedarf jedoch notwendig sowie geeignet und wirtschaftlich ist. Es darf nicht nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sein, z.B. weil es geringen therapeutischen Nutzen hat.

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

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

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

<sup>57</sup> § 33 Abs. 7 Nr. 4 SGB IX.

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



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

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

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

## **2.2 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen**

Von den Pflegekassen werden Pflegehilfsmittel und technische Hilfen erbracht, wenn diese zur Erleichterung der Pflege beitragen oder eine selbständige Lebensführung ermöglichen und nicht wegen Krankheit oder Behinderung von den Krankenkassen oder anderen Sozialleistungsträgern zu leisten sind (§ 40 SGB XI). Beim Einsatz individuell angepasster Hilfsmittel und von Hilfsmitteln in der Pflege, die zur Befriedigung eines Grundbedürfnisses außerhalb einer Einrichtung dienen sowie Hilfsmitteln zur Behandlungspflege ist vorrangig ein Anspruch nach SGB V zu prüfen wie z.B. bei Hebe- und Stützvorrichtungen für Betten<sup>60</sup>. Pflegehilfsmittel, die im Pflegehilfsmittelverzeichnis genannt werden, sind daher nur subsidiär zu bewilligen.

Die Kosten für Hilfsmittel sind (mindestens in Höhe des Festbetrages) auch bei einer vollstationären Unterbringung in einer Behinderteneinrichtung oder in einer Pflegeeinrichtung überdies grundsätzlich von der Krankenkasse zu übernehmen.<sup>61</sup> Die Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen, die von ihrer Konzeption auch pflegebedürftige Menschen aufnehmen<sup>62</sup>, haben darüber hinaus die notwendigen Pflegehilfsmittel vorzuhalten, die überwiegend der Pflege dienen (Vorhaltepflcht)<sup>63</sup>; hierzu gehören beispielsweise der einfache Rollstuhl oder das Pflegebett. Es ist unerheblich, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft noch möglich ist (§ 33 Abs. 1 Satz 1 1. Halbsatz SGB V). In den Blick zu nehmen ist der Schwerpunkt der Zweckbestimmung des Hilfsmittels<sup>64</sup>. Die o.g. Vorhaltepflcht greift bei Hilfsmitteln, die der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung zuzuordnen sind<sup>65</sup>.

## **2.3 Technische Arbeitshilfen**

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

<sup>59</sup> Letztes gilt nicht für das KfZ.

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

<sup>61</sup> Etwa für eine Ernährungspumpe oder für Dekubitusmatratzen zur Behandlung von Geschwüren.

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

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

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

<sup>65</sup> Wagner in Krauskopf, Kom. SGB V, 2008, § 33 Rn. 16 f.

## **2.4 Andere Sozialleistungsträger**

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

## **3. Lösungen**

### **3.1 Vorrang der Hilfsmittelversorgung durch Krankenkassen**

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

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

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

Zudem gelten die im Hilfsmittelverzeichnis vorgesehenen Festbeträge und vereinbarten Preise auch im Nachrangverhältnis zum Sozialhilfeträger. Dieser ist im Rahmen der Eingliederungshilfe nicht verpflichtet, nach Erbringung der Kassenleistung Zuzahlungen und/oder nicht gedeckte Kosten für ein Hilfsmittel zu übernehmen. Der Eigenanteil für orthopädische Schuhe<sup>66</sup> ist für Heimbewohner Bestandteil der Bekleidungshilfe nach § 35 Abs. 2 SGB XII.

Nach wie vor ist zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Sozialhilfeträgern der Umfang des Anspruchs behinderter Menschen auf erforderliche Versorgung mit Hilfsmitteln streitig. In diesen Fällen wird von den Kassen in Frage gestellt, dass das Hilfsmittel dem Ausgleich eines Funktionsdefizits dient, das die lebensnotwendigen Grundbedürfnisse betrifft. Anerkannt ist seitens der Rechtsprechung<sup>67</sup> zwar nur ein sog. Basisausgleich, also kein vollständiges Gleichziehen mit einem nicht behinderten Menschen. Im Einzelfall ist dennoch der Anspruch des behinderten Menschen, sich einen geistigen und räumlichen Freiraum im Nahbereich seiner Wohnung zu schaffen, möglichst weit zu stecken und der Blick für die individuellen Besonderheiten des Einzelfalles zu schärfen. Der soziale Teilhabeaspekt medizinischer Rehabilitation ist herauszustellen. Als Grundbedürfnis ist insoweit auch die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft anerkannt (Freizeit, kulturelle Teilhabe usw.)<sup>68</sup>.

### **3.2 Einzelne streitige Hilfsmittel**

Ein sog. Reha-Kinderwagen ist ein Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenkasse, da es unerheblich ist, ob als Nebeneffekt das Hilfsmittel die notwendige Begleitperson entlastet<sup>69</sup>.

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

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

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

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

Die Kosten für Hörgerätebatterien sind nunmehr vom Sozialhilfeträger als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 1 und 7 SGB IX zu übernehmen<sup>70</sup>.

Die GKV hat die Kosten für eine sog. Vojta-Liege zu tragen<sup>71</sup>.

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

Auch erwachsene behinderte Menschen haben gegen die GKV in besonderen Fällen einen Anspruch auf Hilfsmittelversorgung mit einem Dreirad<sup>72</sup>.

Das Rollstuhlrückhaltesystem mit einem sog. Kraftknoten für den Transport zur Schule bis Klasse 10 ist eine Leistung der GKV<sup>73</sup>, für den Transport zur Werkstatt für behinderte Menschen jedoch des Sozialhilfeträgers<sup>74</sup>.

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

### **3.3 Hilfen zur Verbesserung des Wohnumfeldes**

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

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

### **3.4 Andere Hilfsmittel nach § 8 EHVO**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

## **IX. Schnittstelle zur Jugendhilfe**

### **1. Allgemein**

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

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

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

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

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

### **2. Problemlage**

#### **2.1 Mehrfachbehinderung bei Kindern und Jugendlichen**

Besondere Schnittstellenprobleme ergeben sich bei Mehrfachbehinderungen<sup>75</sup>, wenn also unterschiedliche Behinderungsarten nebeneinander bestehen, z.B. das gemeinsame Vorliegen einer geistigen oder körperlichen Behinderung und einer seelischen Behinderung<sup>76</sup>.

#### **2.2 Geistige oder körperliche Behinderung, erzieherischer Bedarf**

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

#### **2.3 Hilfe für junge Volljährige (§ 41 SGB VIII)**

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

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

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

<sup>76</sup> S. hierzu Orientierungshilfe der BAGüS zum Behinderungsbegriff (Rn. 5.1 - 5.3)



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

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

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

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

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

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

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

Das BSG<sup>77</sup> hat in einer Zurückweisungsentscheidung umfassend seine Auffassung dazu dargelegt, dass bei gemeinsamer stationärer Betreuung einer behinderten Mutter mit ihrem nicht behinderten Kind nach § 19 SGB VIII ausschließlich die Jugendhilfe leistungspflichtig ist, da es eine derartige Hilfe mit doppelter Ausrichtung nur in der Jugendhilfe und insofern keine Konkurrenzsituation zur Sozialhilfe/Eingliederungshilfe gebe.

Das BVerwG<sup>78</sup> hat in zwei vergleichbaren Revisionsverfahren entschieden, dass bei gemeinsamer Betreuung einer geistig behinderten Mutter mit ihrem nicht behinderten Kind der Vorrang der Sozialhilfe nach § 10 Abs. 4 Satz 2 SGB VIII greift. Die Kosten der geistig behinderten Mutter sind daher vom Sozialhilfeträger zu übernehmen.

## **2.5 Jugendliche in Pflegefamilien**

Eine alternative Form der Betreuung in einer stationären Einrichtung ist die Betreuung behinderter Kinder und Jugendlicher in Pflegefamilien. Es ergeben sich in diesem Zusammenhang Fragen der sachlichen Zuständigkeit je nach Landesrecht<sup>79</sup>.

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

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

<sup>78</sup> BVerwG, Ur. 22.10.2009, 5 C 6.09 und 19.08 (noch nicht veröffentlicht)

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

## 2.6 Elternassistenz

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

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

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

## 3. Vorrangfragen

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

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

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

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

## 4. Schnittstellen

Die Behinderungsbegriffe der Sozialgesetzbücher VIII und XII entsprechen im Kern dem allgemeinen Behinderungsbegriff des § 2 Abs. 1 SGB IX. Die weitere Anspruchsvoraussetzung auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 53 Abs. 1 SGB XII besteht im Vergleich zu § 35a SGB VIII aber darin, dass die Einschränkung der Teilhabefähigkeit wesentlich sein muss; das gleiche gilt bei einer drohenden Behinderung<sup>80</sup>.

Zur Feststellung der Behinderung im Sinne des § 35a SGB VIII ist zwingend eine fachärztliche oder psychotherapeutische Stellungnahme auf der Grundlage der ICD einzuholen. Diese konkreten Vorgaben zur Feststellung einer Behinderung bzw. drohenden Behinderung finden sich im SGB XII nicht<sup>81</sup>.

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

<sup>80</sup> vgl. Orientierungshilfe der BAGüS zum Behinderungsbegriff (Rn. 5)

<sup>81</sup> vgl. Orientierungshilfe der BAGüS zum Behinderungsbegriff (Rn. 3)

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

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

## **5. Lösungsvorschläge**

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

### **5.1 Mehrfachbehinderung / Erziehungsdefizit**

Notwendig ist zunächst eine genaue Bedarfsfeststellung, auf deren Basis sich die Erforderlichkeit der Rechtsfolge zu einer Leistung ermitteln lässt<sup>82</sup>. Ist danach die benötigte Sozialleistung ausschließlich der Kinder- und Jugendhilfe bzw. der Sozialhilfe zuzuordnen, so gelten die Regeln der jeweiligen Systeme. Ist z. B. eine Umgangsberatung nach § 18 SGB VIII erforderlich, ist unstreitig, dass diese im Rahmen der Jugendhilfe zu erbringen ist, auch wenn eine körperliche oder geistige Behinderung vorliegt.

Die Regelung eines Vor- bzw. Nachrangs zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Sozialhilfe setzt notwendig voraus, dass sowohl ein Anspruch auf Jugendhilfe als auch ein Anspruch auf Sozialhilfe besteht und beide Leistungen gleich, gleichartig, einander entsprechend, kongruent, einander überschneidend oder deckungsgleich sind<sup>83</sup>.

Voraussetzung für die Anwendung der Vor- und Nachrangsregelung des § 10 Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB VIII ist somit auf der Tatbestandseite, dass es sich um Hilfebedarfe handelt, bei denen auf der einen Seite ein erzieherischer Bedarf und/oder eine seelische Störung vorliegt und auf der anderen Seite der junge Mensch zugleich geistig oder körperlich behindert ist oder von einer solchen Behinderung bedroht ist<sup>84</sup>.

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

Dieser entscheidungserheblichen Feststellung muss eine konkrete Fragestellung zugrunde liegen. Geht es im konkreten Fall z. B. um eine stationäre Unterbringung, so ist zu fragen, ob diese sowohl aufgrund eines Erziehungsdefizits als auch aufgrund einer körperlichen bzw. geistigen Behinderung gewährt werden müsste<sup>85</sup>.

<sup>82</sup> vgl. Mündler, Zentralblatt für Jugendrecht 2001, S. 121

<sup>83</sup> vgl. BVerwG, 5 C 26.98; BVerwG 109, 325

<sup>84</sup> vgl. Mündler Zentralblatt für Jugendrecht 2001, S. 121, 123

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

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

Die vgl. Kriterien auf der Grundlage des Urteils des BVerwG<sup>86</sup> bieten einen Lösungsansatz, der aufgrund der unterschiedlichen Würdigung der Sachverhalte weiterhin nicht streitfrei ist.

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

## **5.2 Hilfe für junge Volljährige**

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

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

Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts setzt die Hilfe nach § 41 SGB VIII nicht voraus, dass der junge Volljährige seine Verselbständigung bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres erreicht hat, sondern es genügt, wenn die Hilfe eine erkennbare Verbesserung der Persönlichkeitsentwicklung und Fähigkeit zu eigenverantwortlicher Lebensführung erwarten lässt<sup>87</sup>.

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

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

Streitfreie Schnittstellenkriterien lassen sich aber nur durch Vereinbarungen auf Landesebene<sup>88</sup>, bzw. über Einzelvereinbarungen zwischen Sozialhilfeträger und örtlichem Jugendamt erzielen.

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

---

<sup>86</sup> s. Fußnote 74

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

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



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

## **X. Schnittstelle zur Pflegeversicherung**

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

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

Nichts anderes gilt auch für stationär zu erbringende Maßnahmen. Überschneiden sie sich und sind die weiteren Anspruchsvoraussetzungen auf Leistungen nach dem SGB XI erfüllt (anspruchsberechtigter Personenkreis §§ 1 Abs. 2, 20 bis 27 SGB XI, pflegebedürftig im Sinne des §§ 14 bis 18 SGB XI), ist die Unterscheidung nach der Zielsetzung zu treffen. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und Hilfe zur Pflege schließen sich nicht von vornherein gegenseitig aus<sup>89</sup>.

Steht aber fest, dass Eingliederungshilfe wegen fehlender Erfolgsaussicht der begehrten Maßnahme nicht zu leisten ist, kommt allein Hilfe zur Pflege in Betracht<sup>90</sup>.

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

Werden aufgrund der allgemeinen Lebensumstände keine weitergehenden Ziele mehr verfolgt, als sie mit Maßnahmen der aktivierenden Pflege auch erreicht werden können, sind auch hier keine zusätzlichen oder ergänzenden Eingliederungsmaßnahmen mehr erforderlich. Besteht aber Aussicht auf spürbare Verbesserung der Folgen einer Behinderung, besteht auch für schwerstbehinderte pflegebedürftige Menschen ein Anspruch auf Eingliederungshilfe<sup>91</sup>.

Es gibt kein gesetzlich fixiertes Lebensalter, ab dem Eingliederungshilfe nicht mehr zu gewähren ist. Allerdings kommt bei der Schnittstelle der Eingliederungshilfe zur Hilfe zur Pflege auch dem Alter eine gewisse indizielle Bedeutung zu<sup>92</sup>.

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

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

<sup>89</sup> vgl. BVerwGE 55, 31 37

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

<sup>91</sup> OVG Saarlouis, Urteil v. 22.5.1980, FEVS 29.29

<sup>92</sup> OVG Saarbrücken, Urteil vom 22.5.1980 / FEVS 29.29

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

### **1. Lebensunterhalt sichernde Leistungen**

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

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

### **2. Hilfen zur Gesundheit**

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

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

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

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

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

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

### **3. Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten**

#### **3.1 Allgemeines**

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

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

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

### **3.2 Vor- und Nachrang der Leistungen**

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

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

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

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

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

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

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

### **3.3 Problemlage**

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

### **3.4 Lösungen / Empfehlungen**

#### **3.4.1 Bedarfsermittlung / Gesamtplanung**

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

## **XII. Formen von Komplexleistungen**

### **1. Allgemeines**

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

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

Die Leistungen müssen nicht notwendigerweise durch einen einzigen Sozialleistungsträger erbracht werden. Es können auch verschiedene Sozialleistungsträger ihre Leistungen einbringen. Die Leistungen müssen jedoch koordiniert erbracht werden<sup>93</sup>. Die koordinierte Leistungserbringung wird in der Regel auf allgemeinen Vereinbarungen beruhen, die sich nicht nur auf einen Einzelfall beziehen. Damit unterscheidet sich die Komplexleistung von der z. B. im Gesamtplan § 58 SGB XII oder nach § 4 Abs. 1 SGB XII koordinierten Leistung, deren Absprachen / Vereinbarungen sich nur auf den konkreten Einzelfall beziehen. Die Leistungselemente sind additiv zusammengesetzt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2. Frühförderung**

### **2.1 Allgemeines**

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

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

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

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

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

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

### **2.2. Rechtsgrundlagen**

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

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

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

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

Die FrühV regelt detailliert,

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



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

- welche Leistungen insbesondere im Rahmen der Früherkennung und Frühförderung als heilpädagogischen Leistungen gelten. Es handelt sich um alle Maßnahmen, die die Entwicklung der Persönlichkeit des behinderten Kindes mit pädagogischen Mitteln anregen, einschließlich der jeweils erforderlichen sozial- und sonderpädagogischen, psychologischen und psychosozialen Hilfen sowie die fachbezogene Beratung der Erziehungsberechtigten. Die Aufzählung zur medizinischen Rehabilitation gilt entsprechend (§ 6).
- wie der Förder- und Behandlungsplan aufgestellt wird, was er enthält und mit wem er abgestimmt wird (§ 7).
- wie die Leistung erbracht wird (§ 8). Die zur Förderung und Behandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation und heilpädagogischen Hilfe erforderlichen Leistungen werden von den beteiligten Rehabilitationsträgern auf der Grundlage des Förder- und Behandlungsplans zuständigkeitsübergreifend als ganzheitliche Komplexleistung erbracht. Der Antrag auf die erforderlichen Leistungen kann bei allen beteiligten Rehabilitationsträgern gestellt werden. Der Rehabilitationsträger, bei dem der Antrag gestellt wird, unterrichtet unverzüglich die an der Komplexleistung beteiligten Rehabilitationsträger. Die beteiligten Rehabilitationsträger stimmen sich untereinander ab und entscheiden innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Förder- und Behandlungsplans über die Leistung.  
 Sofern die beteiligten Rehabilitationsträger nichts anderes vereinbaren, entscheidet der für die heilpädagogischen Leistungen jeweils zuständige Rehabilitationsträger (z. B. der Träger der Sozialhilfe) über Komplexleistungen IFF und der für die Leistung der medizinischen Rehabilitation jeweils zuständige Rehabilitationsträger (z. B. die Krankenkasse) über Komplexleistungen SPZ.  
 Erbringt ein Rehabilitationsträger im Rahmen der Komplexleistung Leistungen, für die ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist, ist der zuständige Rehabilitationsträger erstattungspflichtig. Vereinbarungen über pauschalisierte Erstattungen sind zulässig.  
 IFF und SPZ arbeiten zusammen. Darüber hinaus arbeiten sie mit Ärzten, Leistungserbringern von Heilmitteln und anderen an der Früherkennung und Frühförderung beteiligten Stellen wie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zusammen. Soweit nach Landesrecht an der Komplexleistung weitere Stellen einzubeziehen sind, sollen diese an Arbeitsgemeinschaften der an der Früherkennung und Frühförderung beteiligten Stellen beteiligt werden.
- wie die Kosten der Komplexleistung geteilt werden (§ 9). Die an den Leistungen der IFF oder des SPZ jeweils beteiligten Rehabilitationsträger vereinbaren gemeinsam mit diesen die Entgelte für die zur Förderung und Behandlung zu erbringenden Leistungen der medizinischen Rehabilitation und heilpädagogischen Hilfe. Die Zuwendungen Dritter, insbesondere der Länder, für Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung nach der FrühV werden berücksichtigt.

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

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

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

### **3. Persönliches Budget**

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

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

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

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

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

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

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

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

Um eine Zuständigkeitsverschiebung zu vermeiden und andererseits eine höchstmögliche Flexibilität zu erreichen, ist die Frage der Einbeziehung von Teilhabeleistungen am Arbeitsleben durch den Sozialhilfeträger nicht vom Status des Leistungsanbieters auszugehen, sondern von den individuellen Leistungsfähigkeiten und damit von den Hilfebedarfen des Budgetnehmers. Der Sozialhilfeträger ist nämlich immer dann für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Sinne des § 41 SGB IX (also im Arbeitsbereich einer Werkstatt) zuständig, wenn der Budgetnehmer dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht, noch nicht oder noch nicht wieder zur Verfügung steht und deshalb als voll erwerbsgemindert gilt. Er muss sich also im Leistungskreis des SGB XII befinden. Solange dies der Fall ist, kann das mit dem Budgetnehmer vereinbarte Budget zur Teilhabe am Arbeitsleben eingesetzt werden<sup>95</sup>.

---

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