

Vortrag 09.06.2006 in Bochum

**Eingliederungshilfe vor dem finanziellen Aus?
- Gedanken zur Zukunft der Sozialpsychiatrie**

Meine Damen und Herren,

es muss Zeit sein, meine Ausführungen mit einem Stoßseufzer eines renommierten Sozialrechtlers, Peter Christian Kunkel, zu beginnen. Unter dem Titel „Neusprechgesetzgebung“ oder „Vom Ungeist der SGB-Gesetze“ schließt er einen Artikel mit folgendem Zitat:

„Statt sich nach Feierabend der Lektüre eines Buches hingeben zu können, ist der Rechtsbeflissene dazu verurteilt, in jeder freien Minute die neue Ausgabe des Bundesgesetzblattes zu studieren, um mit den tagesfrischen Änderungen des Gesetzestextes vertraut zu sein. Hat der Rechtsbeflissene bereits ein gewisses Alter erreicht, wird er dieser Art von Prostata-Gesetzgebung vielleicht sogar mit Verständnis begegnen.“

Und wie muss es Ihnen da als juristische Laien zu Mute sein, wenn Ihnen auf Ihren Schreibtisch nicht nur neue Gesetze und Verordnungen, sondern auch Richtlinien, Auflagen und behelrende Schreiben der Kostenträger flattern.

Doch damit nicht genug. „Die Diskussion um die Einbindung der Hilfen für kranke, schwache, behinderte und pflegebedürftige Menschen in die Sozialgesetzgebung und die Ausführung dieser Gesetze wird derzeit auch noch überschattet von einem Nebel einer ökonomischen Neusprache, schönen Qualitätsfassaden, einem Übermaß bürokratischer Anforderungen, um zu verdecken, dass es in Wahrheit um Kürzungen geht. Vielmehr versucht man uns einzureden, es ginge um Modernisierung.“

(Zitat aus Soltauer Impulse zur Sozialpolitik und Ethik am Beispiel psychiatrischer Krankheitsfelder, April 2004).

Mit immer neuen Begriffen werden wir in der Hilfe für Behinderte, Kranke und Pflegebedürftige konfrontiert. Kaum einer in der Szene tätigen Akteure wagt zu fragen, was hinter solchen Plastikworten wie Eniagrammtheorie, Projektmanagement, Kontaktmanagement, Entlassungsmanagement, Benchmarking, Setting-Assessment steckt. In einem Flyer - also Merkblatt - zum Persönlichen Budget für betroffene behinderte Menschen lese ich: „Ihnen steht ein Counselor zur Seite.“

Wir bilden nicht mehr Heimleiter aus, sondern Sozialmanager. Warum scheuen wir uns eigentlich, die guten alten Worte Hilfe, Fürsorge, Zuwendung noch in den Mund zu nehmen? Geht uns das normale Denken zwischenzeitlich verloren?

Dies zur Einleitung.

Wir befinden uns derzeit auf einer Baustelle des Umbaus unseres Sozialrechts. Die Schaffung des SGB II und die Änderung des Bundessozialhilfegesetzes in das SGB XII zum 01.01.2005 waren erst der Anfang. Zu beklagen ist, dass diese Gesetzgebung im Michael Schumacher-Tempo (oder muss ich jetzt sagen: Alonso-Tempo) erfolgte, mit der Folge, dass Vieles sich nicht mehr verzahnen lässt und häufig rechtliche Bestimmungen nachgebessert werden müssen.

Seit September 2005 haben wir eine neue Bundesregierung. Diese hat sich in ihrem Koalitionsvertrag vom November 2005 natürlich auch zur Gesundheits-, Behinderten- und Altenhilfe geäußert. Hierdurch ist klargelegt, dass die Eingliederungshilfe weiterentwickelt werden soll. Auch die Pflegeversicherung soll auf den Prüfstand.

Zentrale Eckpunkte sollen das Persönliche Budget und eine weitere „Ambulantisierung“ der Helfefelder sein.

Der Koalitionsvertrag spricht davon, dass ein Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen notwendig sei. Natürlich rätseln nun nicht nur die Fachverbände, was damit gemeint ist und welche konkreten Auswirkungen ein Gesamtkonzept für die Einrichtungen und Dienste und für die betroffenen Menschen hätte. Denn pflegebedürftige Menschen sind auch behindert und behinderte Menschen können auch pflegebedürftig sein und alte Menschen können sowohl krank, behindert und pflegebedürftig sein und seelisch behinderte Menschen können sowohl krank als auch pflegebedürftig sein.

Und dies bedeutet: Nicht nur die Pflegeversicherung, die Eingliederungshilfe des SGB XII, die Krankenversicherung, aber auch das Rehabilitationsrecht des SGB IX gehören auf den Prüfstand. Und diese Gesetze mit unterschiedlichen Sozialleistungsträgern und unterschiedlichen Kostenträgern müssten überarbeitet werden. Ob dies gelingt überlasse ich Ihrer Fantasie.

Bereits vor Inkrafttreten des SGB XII mit ihrer Überarbeitung des alten BSHG haben die überörtlichen Träger der Sozialhilfe Vorschläge zur Weiterentwicklung der Sozialhilfe gemacht. Es wird darauf hingewiesen, dass sich die Zahl der stationär betreuten behinderten Menschen von 1994 bis 2005 um 66 %, die dadurch verursachten Aufwendungen der Sozialhilfeträger sogar um 96,7 % erhöht haben. Die Ausgaben der Eingliederungshilfe überschreiten schon seit 5 Jahren die Gesamtaufwendungen der Sozialhilfe. Es ist immer wieder darauf hingewiesen worden, dass mit der Schaffung des SGB II und des SGB XII nur die Sicherung des Lebensunterhalts für Bedürftige geregelt und versucht wurde, diese Hilfearten einander anzugleichen.

Das BSHG setzte sich aber aus zwei Blöcken zusammen: der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Hilfe in besonderen Lebenslagen. Der Block der Hilfe in besonderen Lebenslagen wurde bei der Neuschaffung des SGB XII an nur wenigen Stellen modifiziert. Zur Hilfe in besonderen Lebenslagen, die jetzt Hilfe in anderen Lebenslagen genannt wird, gehört auch die Eingliederungshilfe und möglicherweise stehen weitere Gesetzesänderungen an.

Krank oder behindert?

Lassen Sie mich eine provokante Frage stellen: Warum sind Sie, die sich der Hilfe für psychisch Kranke - oder soll ich sagen seelisch Behinderte, psychisch Genesene, chronisch psychisch Kranke, Menschen mit besonderen psychiatrischen Problemen - widmen, an der Entwicklung der Eingliederungshilfe im SGB XII so interessiert.

Allein die Vielfalt der Begriffe, die Berufsgruppen, die auf diesem Gebiet tätig sind, benutzen, deutet darauf hin, dass die Bedeutung der Eingliederungshilfe für den hier angesprochenen Personenkreis noch nicht erkannt bzw. nicht erkannt werden soll. Denn Anspruch auf Eingliederungshilfe hat nur ein Mensch mit einer wesentlichen seelischen Behinderung, wobei der Gesetzgeber in der Verordnung zur Eingliederungshilfe genau definiert, wen er darunter fassen will. Ein Blick in die Geschichte lohnt sich, um zu begreifen, warum die Hilfe für den hier angesprochenen Personenkreis außerhalb klinischer Betreuung immer noch nicht weiß, wohin sie gehört. Auch ein Blick in die Aufteilung der Referate der Freien Wohlfahrtspflege dokumentiert dies zum Beispiel. So gibt es häufig die Fachabteilung Eingliederungshilfe und die der Sozialen Psychiatrie. Auch Sie sprechen nicht, wie es im Betreuungsbereich geistig behinderter Menschen üblich ist, von Eingliederungshilfe, sondern von Sozialpsychiatrie. Bei Verhandlungen mit dem Gesetzgeber über die Zukunft der Eingliederungshilfe steht der Betreuungsbereich geistig und körperlich Behinderter im Fokus. Der Betreuungsbereich seelisch Behinderter wird mehr unter der Rubrik „Gesundheitswesen“ abgehandelt.

Als das Bundessozialhilfegesetz 1962 verabschiedet wurde, wurde dem Personenkreis der seelisch Behinderten im Gegensatz zu Geistig- und Körperbehinderten kein Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe zugebilligt. Er konnte nur im Rahmen einer Kann-Vorschrift diese Hilfe begehren. Begründung des Gesetzgebers damals: „Wir wissen nicht, ob überhaupt Hilfe für diesen Personenkreis in Frage kommt, um einen Rechtsanspruch realisieren zu können.“

Schon damals war das Ziel der Eingliederungshilfe: „Jemanden, der wesentlich behindert ist, durch entsprechende Maßnahmen in die Gesellschaft einzugliedern oder ihn soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.“

Erst 1974, nachdem die Berichte der 1970 ins Leben gerufenen Enquete-Kommission über die Lage der Psychiatrie und die Erfahrungen aus Großbritannien doch Hilfsmöglichkeiten für diesen Personenkreis darstellten, wurde die Kann-Vorschrift in eine Ist-Vorschrift umgewandelt. Und damit erfolgte hier bereits eine Gleichstellung mit anderen Behindertengruppen.

Gleichzeitig war aber die Praxis mit der Umsetzung der von mir angesprochenen Forderungen der Enquete-Kommission zur Lage der Psychiatrie beschäftigt. Ausgangspunkt für die Errichtung dieser Kommission war die Verbesserung der verheerenden Situation in den psychiatrischen Kliniken. Psychiater - also Ärzte - entwickelten neue Formen der Behandlung für psychisch Kranke zu Lasten der Krankenkasse. Und die Krankenkasse zahlt nur, wenn ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand vorliegt, der ärztliche Behandlung erforderlich macht. Die so genannte komplementäre Betreuung als Appendix zur ärztlichen Versorgung stand nicht im Vordergrund der Forderungen. Vor allem wurde diese Hilfe nicht als eigenständige Hilfe - außerhalb medizinischer Hilfeleistungen - angedacht. Also nicht, was das Rehabilitationsrecht als soziale Teilhabe bezeichnet. Diese Hilfe sollte Teil medizinischer Rehabilitation sein, also

eine Hilfe unter ärztlicher Verantwortung. Das Bemühen, das Krankenversicherungs- und Rentenversicherungsrecht für den Personenkreis der psychisch Kranken besser zu nutzen, sehen wir daran, dass es gelungen ist, in § 27 SGB V, der die Krankenbehandlung - also das Tun von Ärzten und ärztlichem Hilfspersonal - behandelt, den Passus aufzunehmen: „Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen.“

Die Diskussion um die Soziotherapie nach § 37 a SGB V und die Verordnung zur häuslichen psychiatrischen Krankenpflege und über das Wann und Wie einer solchen Hilfe zeigt uns den mühsamen Weg, diesen Grundsatz zu Lasten der Krankenversicherung umsetzen zu wollen. Sie, die Sie mit der Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte vom 17. November 1986 arbeiten, kennen die Gradwanderung, medizinische Hilfen von anderen Hilfen unter anderer Kostenträgerschaft als die der Träger der medizinischen Rehabilitation zu trennen.

Die Hoffnung, dass durch die Schaffung des SGB IX, also Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen 2001, der Leistungsumfang der medizinischen Rehabilitation ausgedehnt werde, hat sich nicht realisiert. In § 26 Abs. 3 SGB IX wird als Bestandteil der medizinischen Rehabilitation neben medizinischen, psychologischen auch pädagogische Hilfen aufgeführt, um Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere

- Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung
- Aktivierung von Selbsthilfepotentialen
- Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, u. a. durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen.

Pädagogen, Sozialarbeiter, also das so genannte ärztliche Hilfspersonal, erhofften sich mit dieser Bestimmung eine Ausdehnung der Leistungspflicht der Krankenkassen auf ihr soziales Tun und eine Ausdehnung der medizinischen Rehabilitation auf das, was das Sozialrecht als soziale Teilhabe bezeichnet. Das war dem Sozialhilferecht zugeordnet. Und damit wäre auch dann die Hürde genommen, soziale Teilhabe zu Lasten der Sozialhilfe aktivieren zu müssen. Denn Sozialhilfe ist geprägt durch das Subsidiaritätsprinzip, d. h. diese Hilfe setzt erst dann ein, wenn Eigenleistungen nicht mehr ausreichen. Und von daher war es durchaus verständlich, dass für psychisch Kranke, die in der Regel über Einkommen in Form von EU-Renten verfügten, die Hilfe zu Lasten der Krankenkassen attraktiver war. Bei Hilfen zu Lasten der Sozialhilfe mussten sie in der Regel damit rechnen, ihr Einkommen einsetzen zu müssen. Dies war im Betreuungsbereich geistig behinderter Menschen anders, denn die von Geburt an behinderten Menschen verfügten über kein Einkommen, das sie einsetzen mussten. Und von daher war auch die Scheu vor der Sozialhilfe nicht so groß.

Aber die Hoffnung, dass mit dem SGB IX eine Ausdehnung der medizinischen Rehabilitation zu Lasten der Krankenkassen verbunden sei, hat sich schnell verflüchtigt.

Denn in dem Gesetz ist eindeutig geregelt, dass Bestimmungen des SGB IX nur gelten, wenn diese Bestimmung auch in den zuständigen Leistungsgesetzen enthalten sind

oder übernommen wurden. Und dieser Passus des § 26 Abs. 3 SGB IX ist im Krankenversicherungsgesetz nicht enthalten und ist auch nicht übernommen worden. D. h.: Es bleibt alles beim Alten. Und wir werden auch nicht damit rechnen können, dass bei der Neuordnung des Krankenversicherungsgesetzes eine Ausdehnung der Leistungspflicht zu erwarten ist. Vielmehr ist sicherlich im Hinblick auf die Defizite der Krankenversicherung mit weiteren Kürzungen bzw. höheren Eigenbeteiligungen der Versicherten zu rechnen.

Die Eingliederungshilfe

Und deshalb müssen wir vielmehr unser Augenmerk darauf richten, was im SGB XII für Menschen, die sich in einer besonderen Lebenslage befinden, bereits neu geregelt wurde und was bereits die Träger der Sozialhilfe unternehmen, bestehende rechtliche Bestimmungen so zu gestalten, dass Einsparungen dabei herauskommen.

Ich habe anfangs darauf hingewiesen, dass mit dem neuen SGB XII die bisherigen Hilfen zum Lebensunterhalt grundlegend geändert wurden; die auch im alten BSHG enthaltenen Hilfen in besonderen Lebenslagen aber nur in wenigen Punkten; und eine Novellierung möglicherweise erst ansteht.

Zu den Änderungen des SGB XII, die Auswirkungen auf die Eingliederungshilfe haben wird, gehört sicherlich die in § 97 SGB XII enthaltene Regelung, die allerdings erst am 01.01.2007 in Kraft tritt, dass es jetzt eine einheitliche sachliche Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe für Leistungen der Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege gibt.

Bisher war für stationäre Leistungen dieser Hilfen der überörtliche Träger der Sozialhilfe sachlich zuständig, bei ambulanter Versorgung hatte der örtliche Träger der Sozialhilfe zu tragen. Eine Rechtskonstruktion, die einem Übergang von stationärer in ambulante Hilfen sicherlich nicht dienlich war. Dies soll nun anders werden.

Aber in dieser neuen Bestimmung steht auch, dass das Landesrecht auch eine andere sachliche Zuständigkeit vorsehen kann.

In einer Antwort der Bundesregierung vom 26.03.2006 auf die Anfrage der FDP-Fraktion können wir lesen, dass die Bundesländer von der abweichenden Regelungskompetenz bereits Gebrauch gemacht haben. Einige Länder haben bereits die umfassende Zuständigkeit auf die Kommunen verlagert, andere haben die Zuständigkeit bei dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe gelassen, in anderen Ländern gibt es weiter vermischte Zuständigkeiten.

Wir werden es also künftig mit einem Flickenteppich der Zuständigkeiten zu tun haben.

Sie in NRW können sich glücklich schätzen, dass die Landschaftsverbände für einheitliche Vorgaben für die Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege zuständig sind. In Baden-Württemberg wurden die Landeswohlfahrtsverbände aufgelöst und die Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe auf die Kommunen verlagert. Ein Jahr nach der Auflösung zieht der Paritätische eine bittere Zwischenbilanz mit folgender These: „Landesweit einheitliche Regelungen werden von einer kreisorientierten Kirchturmpolitik überlagert.“

Eine Reihe von Kreisen hat damit begonnen, eine eigene Sozialplanung für die Eingliederungshilfe aufzulegen, jedoch mit ganz unterschiedlicher Zielsetzung.

Die Kommunalisierung, die auch die Psychiatrie seit langem gefordert hat, um dadurch mehr Bürgernähe und effektive Hilfe zu ermöglichen, ist zu Lasten der Schaffung gleichartiger Lebensverhältnisse für Menschen mit Behinderung erfolgt.

Und eine weitere Änderung im SGB XII scheint künftig zu einer Änderung der Betreuungslandschaft zu führen, die vom Gesetzgeber als bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Bereiche bezeichnet wird. Das ist der neue § 35 SGB XII.

Ich hatte bereits darauf hingewiesen, dass die überörtlichen Träger der Sozialhilfe eine Angleichung von ambulanten und stationären Hilfen fordern, die ihres Erachtens sachgerechter und dann auch preisgünstiger gestaltet werden können. Dazu gehört dann aber auch die Rechtstellung der Betroffenen im ambulanten und stationären Bereich einander anzugleichen. Denn die Rechtsposition eines behinderten Menschen ist in einer stationären und ambulanten Betreuung unterschiedlich.

Im stationären Bereich erhält er einen Pflegesatz und einen Barbetrag zur persönlichen Verfügung. Der Pflegesatz umfasst neben den Kosten der Betreuung in Form von Hilfe zur Pflege oder Eingliederungshilfe die Kosten für Unterkunft und Verpflegung.

Im ambulanten Bereich erhält ein Betroffener Hilfe zum Lebensunterhalt in Form von Regelsätzen, eventuell Mehrbedarfzuschlägen und Kosten für eine angemessene Unterkunft. Die ambulante Betreuung wird durch ambulante Dienste gewährt. Diese unterschiedliche Rechtsposition der Behinderten werden zunehmend von den Kostenträgern kritisiert. Deshalb ist es besonders bemerkenswert, dass mit den neuen SGB XII in § 35 ein erster Schritt unternommen wurde, die Pflegesätze aufzulösen. Durch diese Bestimmung wird die Hilfe im Heim aufgelöst in Hilfe zum Lebensunterhalt und Betreuungskosten. Die Kosten zum Lebensunterhalt entsprechen denen der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen.

Wie bedrohlich für stationäre Einrichtungen diese Bestimmung ist, können Sie daran sehen, dass wir in der vorigen Woche erfahren haben, dass in Sachsen-Anhalt der überörtliche Träger der Sozialhilfe, der dort Sozialagentur heißt, bei Neuverhandlungen über Pflegesätze eine Vereinbarung über Eingliederung schließen will; bezüglich Unterkunft und Verpflegung auf den örtlichen Träger und eine gesonderte Vereinbarung verweist. Wir gehen davon aus, dass in allernächster Zeit durch entsprechende gesetzliche Änderungen das SGB XII hier eine Klarheit schaffen wird.

Persönliches Budget

Ich will nun zu einem ganz anderen Thema übergehen, das derzeit noch keine so große rechtspraktische Bedeutung hat, nämlich das Persönlich Budget. Das Persönliche Budget hat aber eine große sozialpolitische Bedeutung und weder die ambulanten Dienste noch die stationären Einrichtungen, weder die Behinderten - noch die Altenhilfe werden mittelfristig um dieses Thema herumkommen. Die Verlautbarungen aus dem zuständigen Ministerium sind eindeutig: Es ist keine Frage mehr, ob das Persönliche Budget kommt, es geht nur noch um das Wie. Auch das Wann ist letztlich geklärt und

zwar wird es zum 01.01.2008 umgesetzt. Derzeit wird das Persönliche Budget auf Antrag der Betroffenen als Ermessensleistung des Sozialhilfeträgers umgesetzt. Dies ergibt sich aus § 17 SGB IX. Das Persönliche Budget ist eine besondere Form der Leistungsausführung. Während bisher im so genannten sozialrechtlichen Leistungsdreieck die Leistungsangebote nach Art, Inhalt, Umfang und Kosten zwischen den Leistungsträgern und den Leistung erbringenden Einrichtungen und Diensten ausgehandelt wurden, soll sich diese Konstellation mit dem Persönlichen Budget radikal ändern. Das Persönliche Budget verändert in der Beziehung zwischen dem Leistungsberechtigten und Leistungsträgern zunächst eigentlich nichts. Es muss wie bisher der Hilfebedarf festgestellt und die entsprechende Leistung bewilligt werden. Hat der Leistungsträger das aber getan, dann stellt er dem Leistungsberechtigten die Hilfe in Form des Persönlichen Budgets unmittelbar zur Verfügung. Und der Leistungsberechtigte kann nun selbst den Leistungsträger auswählen, bei dem er die Hilfe in Anspruch nehmen will. Dabei macht die Bestimmung klar, dass es aus der Sicht des Gesetzgebers keineswegs nur um Leistungen der ambulanten Hilfe gehen soll, denn § 17 SGB IX bezieht sich ganz allgemein auf Teilhabeleistungen, nicht nur auf den ambulanten Bereich. Im Rahmen eines Persönlichen Budgets ist der leistungsberechtigte Mensch derjenige, der sich die Leistung beschafft. Er wird dabei, soweit das zulässig ist, nach seinen eigenen Maßstäben den Leistungserbringer aussuchen, dessen Angebot er am hilfreichsten findet. Es wird ihm nicht darauf ankommen, ob das Angebot, das er haben möchte, als ambulante, teilstationäre oder stationäre Hilfe ausgewiesen ist. Stattdessen wird er darauf achten, ob die einzelnen Bestandteile der Hilfe und die Bedingungen der Leistungserbringung zu seinem individuellen Bedarf und seiner Vorstellung davon, wie der Bedarf zu decken ist, passen. Dieser Bedarf kann sich z. B. darauf beziehen, dass in einer behindertengerechten Wohnung Förderung und Betreuung in Form von Aufsicht und Schutz stattfindet. Das ist in vielen Fällen unabhängig davon organisierbar, ob eine Hilfe stationär oder ambulant durchgeführt wird. Der Budgetinhaber wird sich im Zweifel für dasjenige Angebot entscheiden, das sich am flexibelsten erweist, in dem z. B. die Betreuungsperson ganz oder weitgehend selbst aussuchen, die Zeit der Hilfe individuell vorgeben kann und Ähnliches. Von der bisher engen Beziehung zwischen Leistungserbringung und Leistungsträgern wird es voraussichtlich zu einer engeren Anbindung der Leistungserbringung zu den Leistungsberechtigten kommen. Und das wäre dann durchaus im Sinne einer Haltung, wonach im Mittelpunkt der Hilfe die Betroffenen stehen sollen.

Noch ist das alles Zukunftsmusik. Bis Ende 2007 wird das Persönliche Budget für Menschen mit Behinderungen zunächst in 15 Modellregionen der Bundesrepublik erprobt. Und ob dies tatsächlich im Interesse einer zielgerichteten Hilfe zur Eingliederung in die Gesellschaft führt, wage ich nicht zu sagen.

Ambulant - stationär

Doch lassen Sie mich zu dem kommen, was schon immer im Sozialrecht verankert ist und war, das Prinzip ambulant vor stationär. Schon immer stand und steht im Gesetz: Stationäre Hilfe kommt dann in Betracht, wenn anders der Bedarf nicht gedeckt werden kann. Die Rechtsprechung hat dazu den Begriff „Heimbetreuungsbedürftigkeit“ entwickelt. Sie bedeutet: Hilfe muss in einer Einrichtung mit der ständigen Bereitschaft von Personal jemand helfen zu müssen, geleistet werden.

Und lassen Sie mich aus einem Zahlenvergleich der überörtlichen Träger vom 09.04.2006 zitieren: Danach leben 65 % der Menschen mit einer geistigen Behinderung in einer stationären Einrichtung. Nur 35 % werden ambulant versorgt. Umgekehrt beim Personenkreis der Menschen mit einer seelischen Behinderung. Hier beträgt der Anteil der ambulant Versorgten bereits 75 %.

Während die Interessenvertretungen der geistig behinderten Menschen immer noch das Zusammenleben in Heimen favorisieren, ist dies seit der Enquete-Kommission beim Betreuungsbereich für seelisch Behinderte ganz anders. Eine Hauptforderung war damals: Schaffung von so genannten Wohngemeinschaften. In einem zweiten Bericht 1982 lehnte man diese Art Betreuungsform aber ab, weil ein solches Zusammenleben sich eigentlich nur für den Personenkreis der stark Hospitalisierten eignete. Vielmehr forderte man bereits damals das betreute Einzelwohnen.

Ich weiß von damaligen Diskussionen, deshalb auch solche Wohnformen zu schaffen, um nicht in die starken Vorgaben des Heimgesetzes eingebunden zu werden. Aber sicherlich ist Vieles, was man als Wohngemeinschaft oder ambulantes Wohnen bezeichnet, bei näherem Hinsehen ein Heim.

Was ist ein Heim?

Die Gesetzgebung und auch die Rechtsprechung gehen von folgenden Kriterien aus:

- Es muss sich um eine Einrichtung handeln. Darunter ist die organisatorische Zusammenfassung sächlicher und personeller Mittel unter der Verantwortung eines Trägers zu verstehen.
- Dezentrale Wohnungen unter der Verantwortung eines Trägers ändern nichts am Einrichtungscharakter.
- Die Einrichtung muss mit dem Ziel der Unterbringung von behinderten Menschen betrieben werden. Dies setzt einen Betreiber oder Träger voraus, der die Personen bei sich aufnimmt.
- Die Einrichtung muss entgeltlich betrieben werden, die Bezahlung der zu gewährenden Leistung ist also begriffliche Voraussetzung für das Vorliegen eines Heimes.
- Der Betrieb der Einrichtung muss personenneutral sein. Anders als bei der Unterbringung in der Familie oder aufgrund eines anderen persönlichen Bezugsverhältnisses zu einer Betreuungsperson können die in einem Heim aufgenommenen Personen jederzeit wechseln. Der Bestand und die Funktion der Einrichtung sind nicht an bestimmte Personen gebunden.
- Eine bestimmte Mindestzahl von Bewohnern ist für die Zuordnung als Heim nicht erforderlich. Auch Einrichtungen mit weniger als 5 Personen können Heim im Sinne des Gesetzes sein.
- Ein weiterer wichtiger Leitsatz, den die Rechtsprechung entwickelt hat: Vereinbarungen zwischen Betreibern von Einrichtungen und anderen Vereinigungen, die zu Betreuungsaufgaben verpflichtet werden, sind rechtlich unbeachtliche Scheingeschäfte im Sinne von § 117 Abs. 1 BGB, wenn offensichtlich ist, dass der Betreuungsverein die in den Vereinbarungen genannten Leistungen selbst nicht erbringen kann und will.

Hierzu ein Beispiel:

Verein A vermietet Zimmer oder Wohnungen an behinderte Menschen, Verein B übernimmt die Betreuung und Hilfe.

Nur dann, wenn drei Voraussetzungen erfüllt sind, ist diese Art Betreuung kein Heim:

1. Die beiden Vereine dürfen in keiner Weise miteinander identisch sein, auch nicht personenidentisch.
2. Die Betreuungsverträge müssen individuell mit jedem einzelnen Bewohner abgeschlossen werden und
3. Auf die Bewohner darf keinerlei Zwang ausgeübt werden, sich von einem Verein versorgen zu lassen. Sie müssen die Freiheit haben, sich jederzeit auch an andere Hilfsdienste wenden zu können. Kritisch wird es zum Beispiel, wenn Verein A in den Mietverträgen hinweist auf Verein B als möglichen Betreuer. Dann riecht das Ganze sehr nach einem Heim.

Eine Wohngemeinschaft bzw. ambulantes Wohnen ist dagegen eine sich selbst tragende und verwaltende Wohn- und Lebensform, deren Bestand, Zusammensetzung und Regelungen des Zusammenlebens von außen stehenden Personen, insbesondere von Vermietern, unabhängig sind. Und wenn derartige Formen entwickelt werden, dann vermutet die Rechtsprechung und die Rechtsliteratur dahinter die Absicht, das Heimgesetz umgehen zu wollen. Denn der Gesetzgeber hat zumindest bei der Verabschiedung des Heimgesetzes die Gefahr gesehen, dass Institutionen und Verbände den Versuch unternehmen, nicht unter die Zwänge des Heimgesetzes zu fallen. Er hat bereits damals in seiner Gesetzesbegründung zu den hier aufgezeichneten Kriterien erklärt, dass ein Träger die Anwendung des Heimgesetzes nicht dadurch ausschließen kann, dass er die Einrichtung Wohngemeinschaft oder betreutes Wohnen nennt.¹

Sie in Nordrhein-Westfalen sind meines Erachtens in einer sehr guten Lage, zu wissen, wie eine weitere „Umsteuerung“ von ambulanten Hilfen von stationären in ambulante Hilfe geschehen soll.

Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege hat mit dem Landeswohlfahrtsverband eine „Rahmenzielvereinbarung zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter fachlich und finanziellen Aspekten“ vor Kurzem abgeschlossen.

Einrichtungsträger wissen nun, woran sie sind bei den Verhandlungen über Vergütungen und sie wissen, was eine Fachleistungsstunde ist und wie viel sie kosten darf. Und sie kennen die genauen Zielvorgaben der Schaffung von neuen ambulanten Wohnformen.

Sie mögen meine positive Einschätzung anders sehen. Aber ich kenne die Verhältnisse in Niedersachsen. Dort bewegt sich alles in einem rechtsfreien Raum und manchmal kreisen meine Gedanken um den Begriff „Willkür“, wenn ich Fälle zur Begutachtung auf dem Tisch habe.

In dem von mir zitierten Zahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe wird natürlich auch ein Vergleich der Kosten von ambulanter und stationärer Betreuung gezogen. Es wird betont, dass sich der Ausbau ambulant betreuten Wohnens Kosten dämpfend auf die Ausgaben für Wohnleistungsbezieher (also auf die Hilfeempfänger

¹ Zur Vertiefung siehe Unterlagen, die ich für eine Fortbildungsveranstaltung „Ambulant - stationär“ zusammengestellt habe.

bzw. auf die Kunden) auswirkt, auch wenn ein Anstieg der Kosten aufgrund veränderter Bedarfsstrukturen bei stationären Wohnleistungen zu beobachten ist.

Übersetzen wir: Ein in ambulanten Bezügen lebender seelisch Behinderter erhält zur Deckung seines Bedarfes einen Regelsatz von 345,-- € plus angemessenen Mietkosten. Mit den 345,-- € hat er seinen gesamten Lebensunterhalt abzudecken. Einmalige Beihilfen - die es noch nach dem alten BSHG gab - gibt es nicht mehr. Allenfalls kann er mit einer Beihilfe zur Erstausrüstung der Wohnung bei Auszug aus der stationären Wohnform rechnen. Er steht mithin auf der Stufe unterer Einkommenschichten.

Dazu ein Wort eines Psychiaters: Rehabilitation bedeutet Gewöhnung an Armut.

Und dazu ein weiterer Hinweis: Jeder Sozialhilfeträger wird auch deshalb ein Interesse daran haben, Behinderte in ambulanten Betreuungsformen leben zu lassen. Denn dann erhält er bei Erwerbsunfähigkeit im Sinne des SGB II Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes zu Lasten der Bundesagentur. Diese Leistungen entfallen, wenn jemand in einer stationären Einrichtung untergebracht ist (siehe Neuregelung durch SGB II Fortentwicklungsgesetz).

Die stationären Einrichtungen haben sich - wie auch die überörtlichen Träger vermerken - auf ein anderes Klientel mit erhöhter oder wie gesagt mit veränderten Bedarfsstrukturen einzustellen.

Eingliederungshilfe oder andere Hilfeformen

Heißt das, dass eventuell andere Hilfen als die bisher immer nur favorisierte Eingliederungshilfe in Betracht kommen?

Wir beobachten in Hannover, dass Menschen, die an der „Freiheit“ des ambulanten Wohnens trotz unterstützender Hilfe gescheitert und mit dem wenigen Einkommen nicht zurecht gekommen sind, völlig kaputt wieder ins Heim zurückkommen. Der Begriff „kaputt“ stellt einen endgültigen oder zumindest nicht nur vorübergehenden Zustand dar, der eine fachliche Reparatur erfordert. Und die Hilfe, die benötigt wird, ist eine *prothetische* Hilfe, ähnlich wie die Hilfe, die ein Beinamputierter benötigt, um wieder laufen zu können. Und diese prothetische Hilfe ist in Form von Beratung und Hilfestellung erforderlich, damit ein Betroffener nicht an den Erfordernissen des täglichen Lebens scheitert.

Und ist diese Hilfe, die möglicherweise lebenslang erforderlich ist, Eingliederungshilfe?

Und ist es auch noch Eingliederungshilfe, wenn jemand sich weigert, was immer öfter passiert, die angebotenen Hilfen überhaupt anzunehmen? Entlassen wir ihn dann unter die Brücken?

Und will der Sozialhilfeträger mit dem Begriff „künftige veränderte Bedarfsstrukturen bei stationären Wohnleistungen“ uns vielleicht darauf vorbereiten, dass neben der Eingliederungshilfe auch andere Hilfen in Betracht kommen?

Und ist für den eben geschilderten Personenkreis die Hilfe zur Pflege nicht passgerechter?

Warum Hilfe zur Pflege?

Auch hier lohnt sich ein Exkurs in das alte BSHG bis zum Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes.

Nach altem Recht lautet die Hilfe zur Pflege: „Kranken und Behinderten, die nicht ohne Wartung und Pflege sein können, ist Hilfe zur Pflege zu gewähren.“

„Wartung“ - ein schrecklicher Begriff - wurde von der Rechtsprechung nicht als rein personenbezogene Verrichtung interpretiert, sondern als ein regelmäßiges Bereitstehen von Personal, damit der Hilfsbedürftige durch Nichtbetreuung und Nichtbeaufsichtigung nicht zu Schaden kommt. Unter Wartung war dann auch nach der Rechtsprechung der Betreuungsbedarf eines Heimbewohners zu fassen, der wegen einer seelischen Behinderung wegen seines Antriebsmangels und Angstzuständen der ständigen Begleitung durch das Pflegepersonal bedurfte.

Als Dezernentin für den Betreuungsbereich seelisch Behinderter in Niedersachsen erinnere ich mich, dass unsere Kostenanerkennnisse für die Übergangsheime die Hilfeart Eingliederungshilfe und für die so genannten Wohn- und Pflegeheime als Hilfeart Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe aufführten.

Denn - und dies gilt auch noch heute - alle Hilfearten im BSHG und jetzt SGB XII sind nebeneinander anzuwenden. Der Begriff „aktivierende Pflege“ macht dies deutlich. Er war auch Teil der Ausbildung der Psychiatriepfleger.

Dies änderte sich mit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes. Zum Einen hat der Pflegebegriff des SGB XI eine Erweiterung erfahren, indem nicht nur der bewahrende Charakter der Pflege angenommen wurde, sondern auch aktivierende Elemente in den neuen Pflegebegriff enthalten sind. Denn jetzt heißt es in § 14 Abs. 3 SGB XI und dem ähnlichen Paragraphen im SGB XII: Die Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweise oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

Und ich habe immer mehr Schwierigkeiten, diese Zielsetzung der Pflege von der Zielsetzung der Eingliederungshilfe zu unterscheiden.

Aber auch eine Einengung hat der Pflegebegriff im SGB XI erfahren. Dies kennen wir aus leidvoller Erfahrung. Jetzt ist der Begriff „Wartung“ des alten BSHG entfallen und die Pflege wird nur noch für personengerichtete Hilfen bezahlt. Ob durch die Novellierung des SGB XI der so genannte „allgemeine Betreuungsbedarf“ vor allem von senil Dementen und an Alzheimer Erkrankten in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufgenommen wird, bleibt abzuwarten. Aber, da die Pflegeversicherung nur als Teilkaskoversicherung konzipiert wurde, hat die Sozialhilfe eine so genannte Auffangfunktion mit bedarfsdeckenden Elementen. Danach haben Anspruch auf Hilfe zur Pflege nach § 61 SGB XII nicht nur die Personen, die der Pflegestufe 0 zuzuordnen sind, sondern auch Kranke und Behinderte, die nicht nur dauernd pflegebedürftig sind. Anspruch haben auch die, die Hilfe für andere Verrichtungen benötigen als die, für die die Pflegeversicherung zuständig sind. Und damit wird das bewirkt, was der Gesetzgeber in seiner Gesetzesbegründung bemerkte: Diese Bestimmung soll bewirken, dass keine Verkürzung des bisherigen Rechts erfolgt.

Und wie ich bereits ausgeführt habe, sind in der Sozialhilfe alle Hilfen, die im Gesetz aufgeführt sind, nebeneinander anzuwenden.

Neben der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe kennt das Gesetz aber auch die Hilfe zum Lebensunterhalt, die nicht nur in Form von Regelsätzen gewährt wird, sondern nach § 11 SGB XI in Form von Beratung und Unterstützung und zur Stärkung der Selbsthilfe in Betracht kommt.

Und warum aktivieren wir diese Bestimmung nicht? Und warum fragen wir nicht, ob diese Hilfen vielleicht passgenauer auf den Personenkreis der so genannten therapieunfähigen seelisch Behinderten mit Störungen im Wollen und Handeln anzuwenden ist als die Eingliederungshilfe, die von der Zielsetzung her auf Veränderung zum Positiven gerichtet ist. Daraus ergibt sich, dass der Betroffene regelmäßig nachweisen muss, ob das Ziel der Eingliederungshilfe tatsächlich erreicht wird. Hilfekonferenzen, Fallbesprechungen, Entwicklungsberichte begleiten die Hilfsberechtigten durch die Eingliederungshilfe.

Als Vorsitzende eines Hilfsvereins für seelisch Behinderte in Hannover beobachte ich immer mehr, dass von „Selbstbestimmung“ keine Rede mehr sein kann. Es lohnt sich, einmal eine Diplomarbeit zu vergeben mit dem Titel, „Wie viel so genannte Professionelle glauben, im Hilfeplanverfahren helfend beiseite stehen zu müssen“ oder mit einem anderem Titel „Warum ist die gesetzliche Betreuung im Gegensatz zum alten Betreuungsrecht gerade im Betreuungsbereich psychisch Kranker und seelisch Behinderter zahlenmäßig so angestiegen?“

Mir macht Angst, dass Betroffene immer „gläserner“ werden und der Datenschutz, den wir in der Psychiatrie besonders gepflegt haben, immer weniger beachtet wird.

Die Hilfe zur Pflege lässt es zumindest zu, einen Betroffenen auch einmal in Ruhe zu lassen.

Liegt es vielleicht daran, dass sich im Betreuungsbereich der Eingliederungshilfe die positionierten Berufsgruppen der Pädagogen, Psychologen und Sozialarbeiter Angst um ihre Besitzstände haben, weil bei der von mir so beschriebenen pflegerischen Hilfe andere Berufsgruppen mit möglicherweise niedrigen Vergütungsansprüchen in den Vordergrund treten?

Meine Damen und Herren, wir sind am Ende der Zeit aber keinesfalls am Ende des Stoffs, den Sie mir unter dem Titel „Eingliederungshilfe vor dem finanziellen Aus - Gedanken zur Zukunft der Sozialpsychiatrie“ vorgegeben haben. Das Problem der Veränderung der beruflichen Rehabilitation als Teil der Eingliederungshilfe konnte ich nicht abhandeln. Dies wäre ein ganz neuer Vortrag.

Ich habe in einer $\frac{3}{4}$ -Stunde versucht, darzustellen, welche Gesetze psychisch kranke und wesentlich seelische behinderte Menschen für sich aktivieren können und mit welchen Veränderungen sie in allernächster Zeit rechnen müssen. Die Zeit der Euphorie - gerade in der Psychiatrie - ist vorbei. Leistungskürzungen, vor allem in der Eingliederungshilfe, sind angesagt und die Auseinandersetzung mit der Frage, ob andere Hilfen - besonders für schwerst beeinträchtigte Menschen - zu aktivieren sind.

Am Anfang meines Vortrages begann ich mit einem Stoßseufzer und sprach vom Umbau unseres Sozialstaates. Aber Umbau setzt voraus, dass man Fundamente hat.

Gestern habe ich versucht mit einer Bekannten Lehrveranstaltungen zum Sozialrecht für das nächste Semester zu planen und wir stellten fest, dass die uns vorgegebenen Zeiten eines Semesters nicht ausreichen, die Hilfe für Kranke und Behinderte rechtlich fundiert darzustellen. Wir kamen zu dem Ergebnis: Unser System sozialer Sicherung hat sich in einen Irrgarten verwandelt. Die Verrechtlichung der Hilfen lässt es kaum zu, dass das was unter § 2 SGB I als soziale Rechte steht: „Es ist sicherzustellen, dass die sozialen Rechte möglichst weitgehend verwirklicht werden“ Realität wird.

Ich kann Ihnen angesichts der sich abzeichnenden großen Veränderungen durch die Reform des Kranken- und Pflegeversicherungsrechts, die weiteren Veränderungen des SGB II, aber auch des SGB XII und vieles andere mehr nur denselben Rat geben, den die Talkshowmaster und Fernsehsternchen uns alltäglich vorm Bildschirm aus repräsentieren: „Bleiben Sie dran“, denn die nächste Rechtsänderung kommt bestimmt.