

**REHABILITATION UND TEILHABE**

**BEHINDERTER MENSCHEN**

**Bericht der Behörde für  
Arbeit, Soziales, Familie  
und Integration**

# **Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in Hamburg**

**Ein Bericht der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie  
und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg**

Hrsg.:

Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg  
(BASFI)

(Stand: Juni 2017)

Dieser Bericht entspricht inhaltlich einer Veröffentlichung als Kapitel Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in der Edition ***Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region / Sustainable Urban and Regional Health, Bd. 2: Rainer Fehr, Alf Trojan (Hg.), StadtGesundheit in Hamburg, München 2017 (Oekom-Verlag)***. Der Bericht ist in den Abschnitten Vertragsrecht (System-Strukturebene) und Fallmanagement (System-Fallebene) sowie bei der Darstellung der Teilhabe-Leistungsstrukturen geringfügig erweitert. Redaktionell ist die Darstellung in Buchkapitel und Bericht den jeweiligen Zwecken angepasst.

Die BASFI dankt den Herausgebern und dem Verlag für die freundliche Genehmigung für diese Zweitverwertung.

(Autoren: Peter Gitschmann, Dirk Mellies, Jan Pörksen, Ingo Tscheulin, Max Veser)

# Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

## 1 Einführung, Überblick

Wenn unter (Stadt-)Gesundheit ein „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO 1946) verstanden wird, dann ist ein umfassendes, qualitativ hochwertiges System der Rehabilitation und Teilhabe ein wesentlicher Baustein, um für Menschen mit Behinderungen<sup>1</sup> oder anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen<sup>2</sup> diesen Zustand in Hamburg möglichst weitgehend zu gewährleisten.

Bemerkens- und darstellenswert am Hamburger System der Rehabilitation und Teilhabe ist vor allem, dass es eben als System<sup>3</sup> erlebt und – zumindest in seinem Kernbereich, der Eingliederungshilfe – auch systematisch gesteuert wird. Erreicht werden von der Eingliederungshilfe über 20.000 behinderte Menschen – manche von Geburt an und ein Leben lang. Für diese Menschen ist die Eingliederungshilfe unverzichtbarer Garant für frühkindliche Entwicklung, vorschulische und schulische Bildung, gelingendes Erwerbs- und Erwachsenenleben trotz chronischer Krankheit und mitunter schwerer oder gar mehrfacher Behinderung. Bei den Beeinträchtigungen nehmen die psychischen Krankheiten und seelischen Behinderungen immer mehr zu, und prägen derzeit bereits gut die Hälfte der Leistungsberechtigten.

Angesichts der günstigen Rahmenbedingungen in der Großstadt bzw. Metropolregion Hamburg (gebündelte Zuständigkeiten, kurze Wege, einheitliche Steuerung auf der Struktur- und Fallenebene) kann das Hamburger Eingliederungshilfe-System als weit entwickelt und sehr leistungsfähig beschrieben werden. Viele Innovationen, die in der jüngsten Sozialgesetzgebung (Bundesteilhabegesetz - BTHG) aufgegriffen wurden (Ambulantisierung, Geldpauschalleistungen, Budget für Arbeit, Sozialraumorientierung, partizipatives Fallmanagement), sind hier bereits erprobt und eingeführt. Dennoch gibt es auch in Hamburg weiteres Entwicklungspotential und anhaltenden Reformbedarf.

Im Folgenden soll das Hamburger System der Rehabilitation und Teilhabe und sein Beitrag zur StadtGesundheit mit besonderem Fokus auf das wichtige Kernsystem der Eingliederungshilfe kritisch beschrieben werden. Ausgehend von den allgemeinen rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen werden die gesundheitsrelevanten Entwicklungsprozesse in der medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben und der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft herausgearbeitet. Besondere sozialpolitische Herausforderungen und Themenbereiche werden herausgestellt, und absehbare Entwicklungsperspektiven werden skizziert.

## 2 SGB IX und BTHG – das System der Rehabilitation

Schon mit dem Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe in 2001 (SGB IX) wurde erkennbar, dass das überkommene, kausal gegliederte Sozialleistungssystem den neuen gesetzgeberischen Ansprüchen nach trägerübergreifend koordinierten, reibungslosen, unverzüglichen und finalen Teilhabeleistungen zur medizinischen Rehabili-

---

<sup>1</sup> Gemäß Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz) – BTHG, § 2 liegen Behinderungen dann vor, wenn körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren die betroffenen Menschen an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate hindern können (BTHG 2016).

<sup>2</sup> Der Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen 2016 geht davon aus, dass „nicht alle Beeinträchtigungen eine Behinderung bedeuten, sondern nur diejenigen, die mit ungünstigen Umweltfaktoren zusammentreffen“ (S. 12).

<sup>3</sup> Im Sinne der soziologischen Systemtheorie: verstanden als strukturell-funktionales (Parsons 2009) sowie kommunizierendes und abgrenzendes System (Luhmann 1984).

tation, Teilhabe am Arbeitsleben und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ohne weitere Strukturreformen kaum würde genügen können. Das Inkrafttreten der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen als Bundesgesetz in 2009 ergänzte die im SGB IX bereits formulierten, aber bislang nur unzulänglich eingelösten Ansprüche um den systemübergreifenden, gesellschaftspolitischen Inklusions- und Sozialraumgedanken, der in den überwiegenden Bereichen noch der Umsetzung bedarf.

Gemäß § 6 SGB IX sind nicht weniger als 8 Rehabilitationsträger, darunter 4 Sozialversicherungen<sup>4</sup>, 3 Fürsorgesysteme<sup>5</sup> und 1 Versorgungssystem<sup>6</sup> (daneben faktisch als 9. Träger die im SGB IX zwar erwähnten, aber als Rehabilitationsträger nicht aufgeführten Integrationsämter) für die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zuständig. Das hinsichtlich der Anzahl der Leistungsberechtigten, des Ausgabenvolumens und der z. T. lebenslangen Bedeutung für die Menschen mit Behinderungen zentrale und besonders dynamische Kernsystem ist jedoch das der Eingliederungshilfe nach dem 6. Kapitel SGB XII. Gemäß Rehabilitationsstatistik der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) wendete der Eingliederungshilfeträger in 2015 mit 17 Mrd. € allein ca. 50 % aller Rehabilitationsausgaben (32,6 Mrd. €) auf (BAR 2017).

Im Zuge des Bundesteilhabegesetzes<sup>7</sup> – „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“ – erhält das Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe ab 2017 eine neue Struktur, indem das gesamte Eingliederungshilferecht aus dem SGB XII – Sozialhilfe herausgelöst, und als neuer Teil 2 ins SGB IX eingefügt wird. Der bisherige Teil 2 - Schwerbehindertenrecht wird zu Teil 3. Der alle Rehabilitationsträger bindende allgemeine Teil 1 des SGB IX wird mit Wirkung ab 01.01.2018 hinsichtlich des Behinderungs- und Teilhabebegriffs, der Kooperation der Rehabilitationsträger, einer partizipativen, von unabhängiger Beratung unterstützten Teilhabeplanung umfassend weiterentwickelt. Die Leistungslogiken der medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben und der sozialen Teilhabe werden ebenfalls modernisiert, und durch neue Leistungselemente (Budget für Arbeit) und eine neue Leistungsgruppe (Teilhabe an Bildung) ergänzt.

Einen völlig anderen Grundcharakter gewinnt das Rehabilitations- und Teilhaberecht des SGB IX im Zuge des BTHG dadurch, dass dieses bisher weitgehend auf konkretes Leistungs- und Leistungserbringungsrecht verzichtende<sup>8</sup>, stattdessen auf die jeweiligen speziellen Leistungsgesetze verweisende Rahmengesetz nun das komplette Recht der Eingliederungshilfe als eigenständigen Teil aufnimmt, während für alle anderen Rehabilitationsträger weiterhin ihr spezielles Leistungsrecht außerhalb des SGB IX gilt.

Die Leistungsträger der Eingliederungshilfe sollen ein partizipatives, trägerübergreifendes Fallmanagement durchführen und auf dieser Basis eine zielgerichtete, wirksame Leistungsgestaltung steuern. Dabei können sie unter Nutzung des entsprechend erweiterten Teil 1 des SGB IX auch die anderen Rehabilitationsträger sowie die Pflegekassen verbindlich einbeziehen, und in Absprache mit den Leistungsberechtigten alle Leistungen personen- und wirkungsorientiert bündeln.

Die Fachleistungen der Teilhabe (bisher: Eingliederungshilfe, § 53 f. SGB XII) werden von den existenzsichernden Leistungen („Lebensunterhalt in Einrichtungen“, § 27b SGB XII) getrennt; letztere werden künftig unter Wegfall des Einrichtungsbezuges im Regelsystem des SGB XII (3. + 4. Kapitel, ergänzt um besondere Mehrbedarfsregelungen) erbracht. Die Fachleistungen werden künftig inhaltlich, bezogen auf die tatsächlichen individuellen Teilhabebedarfe definiert, der

---

<sup>4</sup> Gesetzliche Kranken-, Arbeitslosen-, Unfall- und Rentenversicherung

<sup>5</sup> Kriegsopferfürsorge, Sozialhilfe, Jugendhilfe

<sup>6</sup> Kriegsopferversorgung

<sup>7</sup> Vgl. zur Ausrichtung auch Gitschmann 2016

<sup>8</sup> Ausnahmen: persönliche Budgets, Komplexleistung Frühförderung

Leistungsort wird irrelevant, ambulant – teilstationär – stationär werden als Kriterium nicht mehr herangezogen.

Das bisher auf ambulant versus stationär fokussierte Wunsch- und Wahlrecht wird auf die Logik Zumutbarkeit, Eignung, Wirtschaftlichkeit neu ausgerichtet. Sowohl Geldpauschalleistungen, mit denen die Leistungsberechtigten zu selbstbestimmter Bedarfsdeckung befähigt werden, wie kollektive Leistungsanspruchnahme („Poolen“) sind möglich, soweit sie zumutbar, fachlich geeignet und wirtschaftlich sind.

Im bisherigen Vertrags- und Leistungserbringungsrecht der Eingliederungshilfe<sup>9</sup> soll ebenfalls konsequent der Personen-, Leistungs- und Sozialraumbezug eingeführt, und die Angebotsstruktursteuerung verbessert werden. Zudem ist auch hier mehr Partizipation der Leistungsberechtigten vorgesehen.

Im Leistungsbereich der Teilhabe am Arbeitsleben wird das Monopol der Werkstätten für behinderte Menschen geöffnet, indem alternative Angebote zugelassen werden. Besonderes Augenmerk wird dem Übergang Schule – Beruf gewidmet, wobei die Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Vorrang vor der Sonderwelt der Werkstätten haben soll. Der deutlich zu verstärkende Übergang aus der WfbM (zurück) auf den allgemeinen Arbeitsmarkt soll durch die Einführung des neuen Leistungselements „Budget für Arbeit“<sup>10</sup> unterstützt werden.

Mit zahlreichen Neuerungen und Klarstellungen wird – im Besonderen in der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft – das Anliegen der Personen- und Sozialraumorientierung akzentuiert.

Für die meisten Innovationen des BTHG gilt indes: wie die nachfolgenden Abschnitte zeigen werden, wurden diese Impulse im Hamburger System der Rehabilitation und Teilhabe bereits erprobt und – i. d. R. erfolgreich – implementiert.

### 3 Kernsystem: Eingliederungshilfe

In Hamburg sind derzeit ca. 21.000 Leistungsberechtigte auf Maßnahmen und Angebote der Eingliederungshilfe (EGH) angewiesen<sup>11</sup>, um ihren Bedarf an Rehabilitation und Teilhabe decken zu können. Einige von ihnen bekommen vorlaufend<sup>12</sup> oder parallel<sup>13</sup> auch Leistungen anderer Rehabilitationsträger. Teilhabeleistungen außerhalb der bzw. ohne jeden Kontext zur Eingliederungshilfe<sup>14</sup> finden nur punktuell oder zeitlich eng befristet statt, und werden statistisch nicht für Hamburg ausgewiesen. Von den EGH-Gesamtausgaben Hamburg in 2016 i. H. v. rd. 440 Mio. € entfielen auf den Hauptbereich der Leistungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Assistenz beim Wohnen und Leben, siehe dazu auch Abschnitt 6.3.3) ca. 318 Mio. € für ca. 14.100 Leistungsberechtigte und auf die Teilhabe am Arbeitsleben (Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, Arbeitsprojekte, Tagesförderstätten) ca. 122 Mio. € für ca. 5.800 Leistungsberechtigte (siehe dazu auch Abschnitt 6.3.2).

Seit dem Jahr 2003 werden den EGH-Leistungsberechtigten im Interesse größerer Autonomie und Selbstbestimmung für bestimmte Bedarfe (Beförderung, Familienentlastung, Tagesstrukturierung) Geldpauschalleistungen sowie persönliche Budgets angeboten; über 4.000 Leistungsberechtigte nehmen diese Leistungsform in Anspruch.

<sup>9</sup> § 75 f. SGB XII, künftig: § 123 f. SGB IX

<sup>10</sup> z. B. erfolgreich erprobt und bereits in den Regelbetrieb überführt in Hamburg:

<http://www.hamburg.de/basfi/budget-fuer-arbeit/>. Zugriffen: 20. März 2017; im BTHG: § 61

<sup>11</sup> Alle Zahlenangaben sind dem Fachcontrolling der Behörde f. Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI), Amt f. Soziales 2017 entnommen.

<sup>12</sup> Beispiel: max. 2 Jahre Berufsbildungsbereich in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) in Leistungsträgerschaft der Bundesagentur für Arbeit oder der gesetzlichen Rentenversicherung; danach folgt häufig der Übergang in den Arbeitsbereich der WfbM = Eingliederungshilfe

<sup>13</sup> Beispiel: Komplexleistung Frühförderung, Heil- und Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung

<sup>14</sup> Kuren, berufliche Umschulungen/Weiterbildungen

Seit 2005 wurde ein ambitionierter Ambulantisierungsprozess angeschoben; seither hat sich der Anteil der in der EGH ambulant versorgten Leistungsfälle auf 66 %<sup>15</sup> erhöht; nur noch ein Drittel der EGH-Leistungsberechtigten lebt in einer stationären Einrichtung (Wohngruppe).

Die Wirkungs- und Sozialraumorientierung der EGH-Leistungen wurde beginnend in 2008 über entsprechende Zielvereinbarungen und Budgetvereinbarungen mit den Leistungserbringern gefördert<sup>16</sup>; inzwischen existiert in Hamburg ein flächendeckendes Netz offener Stadtteil-Treff- und Stützpunkte, die die kleinräumige Einbindung der Leistungsberechtigten in ihrem konkreten Quartier erfolgreich unterstützen. Gesteuert wird das EGH-System also einerseits auf der Strukturebene (Landesrahmenvertrag, Ziel- und Leistungsvereinbarungen, siehe dazu auch Abschnitt 6.3.4), um den fachlichen Entwicklungsinteressen und festgestellten Bedarfen entsprechende qualitative Angebote in ausreichender, preisgünstiger Qualität vorhalten zu können. Hinzu tritt eine partizipative Einzelfallsteuerung, die dafür sorgen soll, dass sowohl die allgemeinen Ziele der EGH (Nachrang, Hilfe zur Selbsthilfe, Teilhabe und Eingliederung) beachtet, die individuellen Teilhabeziele der Leistungsberechtigten realisiert, aber auch wirksame, qualitätsvolle und wirtschaftliche Assistenzleistungen erbracht werden (siehe dazu auch Abschnitt 6.3.5). Angesichts der zahlreichen Leistungsschnittstellen der EGH zu anderen, in der Regel vorrangigen Systemen (SGB III, V, VI, VIII, XI) kommt dem ganzheitlich agierenden Fallmanagement eine besondere Bedeutung zu, denn die Leistungsberechtigten wären mit dem bestehenden, gegliederten Leistungs“baukasten“ meist völlig überfordert, und das gesamte System von Rehabilitation und Teilhabe benötigt ein solches zentrales Scharnier ebenfalls dringend.

### **3.1 Medizinische Rehabilitation, Komplexe Leistung Frühförderung**

Die mit Abstand wichtigste Teilhabeleistung für von einer Behinderung bedrohte oder betroffene Kinder bis zur Einschulung und gleichzeitig das zentrale Element der Leistungsgruppe medizinische Rehabilitation stellt die Komplexe Leistung Interdisziplinäre Frühförderung (IFF) gemäß § 30 SGB IX (ab 2018: § 46 BTHG) dar. Es handelt sich gleichzeitig um die einzige Leistung des SGB IX, die zwingend als Komplexe Leistung in gemeinsamer Zuständigkeit zweier Rehabilitationsträger – der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Eingliederungshilfe – ausgestaltet ist. Mit dieser seit 2001 gültigen Konstruktion sollte sichergestellt werden, dass ein einheitliches und flächendeckendes Angebot dieser wichtigen Leistung entsteht. Die IFF soll im Zuge der Bündelung ärztlichen, therapeutischen und heilpädagogischen Sachverständes ein umfassendes, ganzheitliches, individuell optimal förderndes Angebot darstellen, mit dessen Hilfe frühkindliche drohende oder bereits eingetretene Behinderungen abgewendet, beseitigt oder zumindest gemindert werden<sup>17</sup>.

Die Implementierung der Komplexe Leistung IFF ist allerdings bundesweit recht unterschiedlich gelungen; nicht alle Bundesländer haben – so wie in Hamburg geschehen – die vorhandenen Frühförderungsstrukturen vollständig umgestellt. In Hamburg versorgen 30 Interdisziplinäre Frühförderstellen (darunter 15 Kindertagesstätten mit entsprechender ärztlicher und therapeutischer Ausstattung) und ein Sozialpädiatrisches Zentrum jährlich ca. 450 leistungsberechtigte Kinder auf Basis eines individuellen Förder- und Behandlungsplans mit der Komplexe Leistung. Die Leistungsträger Krankenkassen und Eingliederungshilfe haben mit den Leistungserbringern einheitliche Leistungs- und Vergütungsverträge abgeschlossen, die sicherstellen, dass tatsächlich „komplex“ und interdisziplinär, und nicht additiv (getrennte ärztliche Behandlung, Therapie /

---

<sup>15</sup> Für Eingliederungshilfesysteme bundesweiter Spitzenwert (gemeinsam mit Berlin).

<sup>16</sup> Werkstatt-Budgets; 2014 folgten Träger-/Sozialraumbudgets mit 4 großen EGH-Leistungserbringern, 2015 Trägerbudgets in der ambulanten Sozialpsychiatrie

<sup>17</sup> vgl. § 42 BTHG sowie § 90 Abs. 2 BTHG – besondere Aufgabe der medizinischen Rehabilitation in der Eingliederungshilfe

Heilmittel, heilpädagogische Behandlung) gearbeitet wird. Die Leistungsausgaben für die Komplexleistung IFF in Hamburg belaufen sich auf immerhin gut 5 Mio. € jährlich.

Mit dem Bundesteilhabegesetz werden ab 2018 die gesetzlichen Anforderungen an die Interdisziplinarität, die Leistungsverträge und die sachgerechte Kostenteilung zwischen den Leistungsträgern weiter präzisiert. Die Länder werden ermächtigt, weitere geeignete Leistungserbringer (gedacht war hier z. B. an fachlich geeignete, inklusive Kindertagesstätten) zuzulassen. Für Hamburg darf auch hinsichtlich der bestehenden Leistungsstrukturen zur Frühförderung konstatiert werden, dass nicht nur die bisherigen, sondern auch die zukünftigen gesetzlichen Anforderungen bereits weitgehend erfüllt werden.

### 3.2 Teilhabe an Bildung und Teilhabe am Arbeitsleben

Spätestens mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention in 2009 wird in Deutschland das gleiche Recht auf Bildung und Arbeit für Menschen mit Behinderungen garantiert. Das Recht auf Bildung soll auf Grundlage der Chancengleichheit innerhalb eines integrativen Bildungssystems gewährleistet werden (Art. 24). Das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, soll innerhalb eines integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkts und Arbeitsumfelds umgesetzt werden (Art. 27).

Um Sonderwelten im Bildungsbereich gar nicht erst entstehen zu lassen, wird in Hamburg Inklusion im allgemeinen Schulwesen u.a. durch sogenannte Schulbegleiterinnen und Schulbegleiter sichergestellt. Im Schuljahr 2016/17 wurden in Hamburg 1.464 Schülerinnen und Schüler mit psychosozialer Beeinträchtigung oder Unterstützungsbedarf bei der geistigen oder körperlich-motorischen Entwicklung begleitet.<sup>18</sup> Auch im Rahmen einer schulischen oder hochschulischen beruflichen Weiterbildung sind Unterstützungsleistungen der Eingliederungshilfe etwa für Studierende mit Körperbehinderungen möglich. Mit dem BTHG wurde noch einmal klargestellt, dass behinderungsbedingte Studienhilfen im Einzelfall bis zur Promotion erbracht werden können, wenn diese für das Erreichen des angestrebten Berufsziels erforderlich sind.

Im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben ist es das vorrangige Ziel der Leistungen der Eingliederungshilfe, im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention, Menschen mit Behinderung, Beschäftigungsmöglichkeiten und beruflichen Aufstieg auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu fördern. Von den knapp 5.800 Personen, die in Hamburger Zuständigkeit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, arbeiten rund 3.800 Personen in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM). Weitere 420 Personen sind zudem in Arbeitsprojekten und Sonstigen Beschäftigungsstätten beschäftigt. Leistungen in einer WfbM können geleistet werden, wenn jemand wegen Art und Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden, jedoch ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeit erbringen kann (§ 136 Abs. 1 SGB IX bzw. zukünftig § 219 Abs. 1 SGB IX-neu). Das System der Werkstätten entspricht somit *de jure* nicht dem Ansatz der UN-Behindertenrechtskonvention. Im Rahmen des BTHG bekennt sich der Gesetzgeber jedoch weiterhin zur Werkstatteleistung. Zugleich wurden mit dem BTHG weitere Anreize gesetzt, um Übergänge auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu fördern bzw. Werkstatteleistungen präventiv zu verhindern.

Sozialpolitisches Ziel in Hamburg ist es, Menschen mit Behinderung grundsätzlich Wahlmöglichkeiten zu eröffnen. Teilhabe am Arbeitsleben kann somit innerhalb der WfbM (im Sinne des Gebäudes), innerhalb der Werkstattleistung auf ausgelagerten Arbeitsplätzen oder eben auch über weitere alternative Ansätze bis hin zur direkten Förderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt umgesetzt werden.

<sup>18</sup> Vgl. Senatsdrucksache 21/7951 vom 21.02.2017. Siehe <https://www.buergerschaft-hh.de/ParlDok/vorgaenge/56593/1>. Zugegriffen: 20. März 2017.

Die beiden Hamburger WfbM *alsterarbeit* und *Elbe-Werkstätten* haben in den letzten Jahren mit Erfolg begonnen, ihre früheren Sonderwelten zu öffnen. Die WfbM wird sukzessive weniger als eine Ansammlung von Betriebsgebäuden verstanden, sondern als eine Leistungsform. Inzwischen arbeitet eine Vielzahl von WfbM-Beschäftigten auf sogenannten ausgelagerten Arbeitsplätzen. Bei den städtischen *Elbe-Werkstätten* sind derzeit 28,6% aller Beschäftigten des Arbeitsbereiches einzeln oder in Arbeitsgruppen in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes eingesetzt (KWB 2017, S. 18). Trotz dieser Erfolge bleibt die Zahl von Übergängen aus der WfbM auf einen sozialversicherungspflichtigen Platz des allgemeinen Arbeitsmarktes auch in Hamburg überschaubar. Für viele WfbM-Beschäftigte scheint es erst einmal wichtig, Teilhabe am Arbeitsleben innerhalb eines geschützten Raumes zu erleben.

Um die systembedingten Beharrungsbarrieren eines solchen geschützten Raumes aufzuraufen und Übergänge von WfbM-Beschäftigten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu fördern, wurde in Hamburg bereits 2012 das Modellprojekt „Hamburger Budget für Arbeit“ aufgelegt.<sup>19</sup> Hierbei wird Arbeitgebern ein Lohnzuschuss von bis zu 70% (bis maximal 1.100 Euro im Monat) gezahlt. Dazu erhalten Menschen mit einer Schwerbehinderung Assistenzleistungen über das Integrationsamt. Zudem wird allen Budgetnehmern ein Rückkehrrecht in die WfbM garantiert. Mithilfe dieser Kombinationsleistung konnten bis zum 31. Dezember 2015 138 Personen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt werden.<sup>20</sup> Alleine in 2016 kamen 55 neue Budgets hinzu.<sup>21</sup> Die Erfolge in Hamburg sind mit dafür verantwortlich, dass das „Budget für Arbeit“ im Rahmen des BTHG ab 2018 bundesweit als Regelleistung der Eingliederungshilfe eingeführt wird. Das „Budget für Arbeit“ dürfte somit auch in der Zukunft einer der wirkungsvollsten Ansätze sein, Übergänge dauerhaft zu fördern.

Inwieweit auch die mit dem BTHG eingeführten sogenannten „Anderen Leistungsanbieter“ (§ 61 SGB IX-neu) weitere erfolgreiche Alternativen zu den WfbM ermöglichen, werden die nächsten Jahre zeigen. In jedem Fall räumt der Gesetzgeber hier eine Möglichkeit ein, kleinere und damit flexiblere Angebote zu schaffen und damit weitere Wahlmöglichkeiten neben der Werkstattleistung zu gewährleisten.

1.580 Personen, die nicht als werkstattfähig gelten, erhalten schließlich in Hamburger Zuständigkeit Leistungen in Tagesförderstätten (TaFö). Vorrangiges Ziel dieser Maßnahme ist der Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten.<sup>22</sup> Formal ist diese Leistungsform eine Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, die aber z. T. auch individuelle Entwicklungsmöglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben fördert. Auch diese Leistungsform hat sich in den letzten Jahren deutlich weiter entwickelt. Menschen, die in Wohngruppen von Behinderten-einrichtungen leben, wird in den TaFös nicht nur ein zweites Milieu geboten. Darüber hinaus versuchen die TaFö-Einrichtungen heute ebenfalls stärker, den Sozialraum zu erschließen. Zudem soll ein modularisiertes System ebenfalls eine noch deutlichere Personenzentrierung auch für Menschen mit komplexeren Bedarfen umsetzen.

### **3.3 Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft**

Die Leistungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft umfassen alle Leistungen mit dem Ziel der sozialen Rehabilitation. Die soziale Rehabilitation soll Menschen mit Behinderungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen oder sichern, sofern nicht andere Leistungen vorrangig sind, insbesondere solche der medizinischen Rehabilitation.

<sup>19</sup> Zur Leistung vgl. <http://www.hamburg.de/basfi/budget-fuer-arbeit/>. Zugegriffen: 20. März 2017.

<sup>20</sup> Unveröffentlichter Sachbericht über die Modellphase des Hamburger Budget für Arbeit (Juni 2016), S. 2.

<sup>21</sup> Internes Controlling der BASFI und des Fachamtes Eingliederungshilfe.

<sup>22</sup> Zur Leistung vgl. <http://www.hamburg.de/basfi/fa-sqbxii-kap06-54/4267800/fa-sqbii-54-tafoe/>. Zugegriffen: 20. März 2017.

Die größte Bedeutung haben die Leistungen, die Menschen mit Behinderungen ein möglichst selbstbestimmtes Wohnen ermöglichen sollen. Hier ist noch zu unterscheiden zwischen stationärem und ambulant betreutem Wohnen – eine Unterscheidung, die mit dem Inkrafttreten des BTHG zum 1.1.2020 entfallen wird. Die Nutzung der Wohnformen hängt von den Behinderungsformen ab. So wurden Ende 2016 ca. 3.100 Menschen mit geistigen Behinderungen stationär betreut und ca. 2.100 ambulant. Da in Hamburg im Zuge der "Ambulantisierung" auch Menschen mit hohem Betreuungsbedarf nach Möglichkeit ambulant betreut werden sollen, verschiebt sich das Verhältnis im Lauf der letzten Jahre zwar langsam, aber kontinuierlich zugunsten der ambulanten Betreuung.

Ungefähr 1.000 Menschen mit geistigen Behinderungen leben in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (AWG), während die übrigen bei ihren Eltern oder in eigenen Wohnungen leben und aufsuchende Leistungen wie "Pädagogische Betreuung im eigenen Wohnraum" (PBW) bzw. "Wohnassistenz" (WA) oder "Hilfen für Familien mit behinderten Kindern" (HFbK)<sup>23</sup> nutzen.

Bei den Menschen mit seelischen Behinderungen findet hingegen überwiegend eine ambulant Betreuung statt (ca. 7.000 Personen), während ca. 1.100 Menschen stationäre Leistungen erhalten. Die Zahl der stationär betreuten Menschen mit seelischen Behinderungen ist seit Jahren stabil, wohingegen diejenige der ambulanten Betreuungen zeitweise stark angestiegen ist (siehe dazu 3.3.1).

Hinzu kommen weitere Leistungen wie heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind (s.o. 3.1), Leistungen zur Beförderung oder Hilfen<sup>24</sup> zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt<sup>25</sup>.

Besonderes Augenmerk liegt auf Leistungen, die es Kindern mit Behinderungen ermöglichen soll, in ihrer Familie zu leben und nicht in eine Einrichtung ziehen zu müssen. Für die besonderen Bedürfnisse dieser Familien gibt es neben der o.g. HFbK Pauschalen zur Familienentlastung (FEP)<sup>26</sup> oder gastweisen Unterbringung (GWU)<sup>27</sup>. Diese soll es den Familien ermöglichen, die Betreuung ihrer behinderten Kinder sicherzustellen, während sie selbst sich regenerieren können.

Bei dieser Gelegenheit sei auf die inklusive Besonderheit des Hamburger Schulgesetzes verwiesen, das allen Kindern mit Behinderungen den Besuch der Regelschule ermöglicht. Sämtliche im Zusammenhang mit dem Schulunterricht erforderlichen Ressourcen werden von den Schulen gestellt, insbesondere die Beförderung und Integrationshelfer.

### **3.3.1 Die Reform der ambulanten Sozialpsychiatrie**

„So viel Normalität wie möglich, so wenig Sondersysteme, wie nötig“ – dieser Leitsatz der Inklusion bestimmt nicht nur die Reformansätze der Freien und Hansestadt Hamburg bei der inklusiven Ausrichtung des Schulsystems, bei der Reform und Weiterentwicklung der Hilfen zur Erziehung<sup>28</sup>, im Bereich des Arbeitsmarkts, bei der Umsetzung der UN-Behindertenkonvention in allen Bereichen öffentlicher Aufgabenwahrnehmung, sondern auch die Neuausrichtung der ambulanten Sozialpsychiatrie.

<sup>23</sup> Zu den Leistungen vgl. PBW: <http://www.hamburg.de/basfi/fa-sgbxii-kap06-54/3156670/fa-sgbxii-54-pbw/>, WA: <http://www.hamburg.de/basfi/fa-sgbxii-kap06-54/3156672/fa-sgbxii-54-wa/>, HFbK: <http://www.hamburg.de/basfi/fa-sgbxii-kap06-54/4380166/fa-sgbxii-54-hfbk-20140930/> Zugriffen: 25. April 2017.

<sup>24</sup> Zur Leistung vgl. <http://www.hamburg.de/basfi/fa-sgbxii-kap06-54/126286/fa-sgbxii-54-befoerderung/> Zugriffen 25. April 2017

<sup>25</sup> Die Bewilligung erfolgt ohne allgemeine Regelungen im Einzelfall.

<sup>26</sup> Zur Leistung vgl. <http://www.hamburg.de/basfi/fa-sgbxii-kap06-54/3156612/fa-sgbxii-54-fep/> Zugriffen am 25. April 2017

<sup>27</sup> Zur Leistung vgl. <http://www.hamburg.de/basfi/fa-sgbxii-kap06-54/4380168/fa-sgbxii-54-fep/> Zugriffen am 25. April 2017

<sup>28</sup> S. hierzu Jan Pörksen, Perspektiven für die erzieherischen Hilfen in Hamburg, Jugendhilfe 52, 2/2014, S. 109ff

Ziel der ambulanten Sozialpsychiatrie ist es, Menschen mit einer seelischen Behinderung im Sinne dieses Leitsatzes ein weitgehend normales, in die Gemeinschaft integriertes, Teilhabe im Alltag, in der Arbeitswelt, in der Nachbarschaft förderndes Leben zu ermöglichen. Bis zum Jahr 2012 wurden ambulante Hilfen der Sozialpsychiatrie dabei im Wesentlichen in drei Formen angeboten: Durch psychosoziale Kontaktstellen (PSK) mit persönlicher Beratung vor Ort in Begegnungsstätten, durch offene Treffs und Gruppenangebote. Durch Angebote im Rahmen des Betreuten Wohnens (BeWo), insbesondere in und rund um Begegnungsstätten des betreuten Wohnens und in zunehmendem Maß durch personenbezogene Hilfen für psychisch kranke Menschen (PPM) als Einzelbetreuung im eigenen Wohnraum. Während die PSK als sogenannte freiwillige Leistung über Zuwendungen finanziert wurde und für die Klienten einen niedrighschwelligem Zugang ermöglichte, beruhten Be-Wo und PPM-Maßnahmen auf einer Einzelfallbewilligung nach Kostensätzen als gesetzliche Leistung der Eingliederungshilfe. Fachlich hatte dies zur Konsequenz, dass einerseits die sozialräumlich und niedrighschwellig ausgerichteten PSKen finanziell ständig unter erheblichem Druck begrenzter Zuwendungsmittel standen und andererseits ggfs. erforderliche intensivere Beratungen und Begleitungen mit dieser Ausstattung nicht leisten konnten, auch wenn es im Einzelfall die beste und hilfreichste Maßnahme gewesen wäre. Demgegenüber waren die in der Stadt verteilten Begegnungsstätten des betreuten Wohnens nicht wirklich ausgelastet, zumindest konnte das mit ihnen bestehende Angebot nur von den dortigen Bewohnern genutzt werden, ohne das Potenzial für die Öffnung in den jeweiligen Sozialraum wirklich vollumfänglich zu nutzen. Und die PPM im eigenen Wohnraum bestand daneben als individuelles Angebot weitgehend isoliert ohne Anbindung an Gruppenangeboten oder Treffs, so dass es zumindest sehr von der jeweiligen Qualität des einzelnen Anbieters abhing, ob und wie einer Vereinsamung entgegen und hin zu einer stärkeren Teilhabe in der Gemeinschaft und des „Sich-Herauswagens“ aus der Wohnung gearbeitet wurde. Finanziell bewegte sich die Schere bei stark steigenden Gesamtkosten<sup>29</sup> dabei immer weiter auseinander zwischen den 2,3 Mio. € für die PSKen, die 2012 rd. 3.300 Personen in Anspruch nahmen, den rd. 29,6 Mio.€ für 1.600 Menschen im betreuten Wohnen und vor allem den 31,7 Mio. € für rd. 4.500 Menschen, die PPM erhielten.

Ziel der inzwischen umgesetzten Reform der ambulanten Sozialpsychiatrie ist, die Potenziale dieser drei Angebotsformen zu nutzen, sie stärker mit einander zu verbinden, sie niedrighschwelliger zu gestalten und in den Sozialraum zu öffnen sowie einheitlich aus den Mitteln der gesetzlichen Leistungen der Eingliederungshilfe zu bezahlen. Die integrierte Hilfeform der neuen ambulanten Sozialpsychiatrie zeichnet sich dabei, durch folgende Merkmale aus:

Im Zentrum stehen die jeweiligen Begegnungsstätten, alle Hilfen müssen an einen entsprechenden Ort der Begegnung angebunden sein und auch offene, niedrighschwellige Treffs und Angebote vorhalten. Dabei soll der jeweilige Sozialraum mit eingebunden werden und eine Öffnung hin zu Nachbarschaft und Quartier erfolgen. Im Bedarfsfall, z.B. in Krisensituationen, können – auch durch die PSKen - intensivere, personenzentrierte Hilfen – erforderlichenfalls auch im eigenen Wohnraum – erfolgen. Die Angebote werden aus einer Hand angeboten, so dass eine Veränderung in der Intensität der Hilfe – die ja gerade bei krisenhaften Entwicklungen in der Sozialpsychiatrie nicht untypisch ist – mit denselben Bezugspersonen, beim selben Anbieter und im gleichen Kontext erfolgen kann. Die partizipative Festlegung der Hilfeziele im Rahmen des Gesamtplanverfahrens ist dabei darauf ausgerichtet, weitere Schritte zur Führung eines eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebens auch über die eigene Wohnung hinaus gemeinsam zu entwickeln, Zutrauen ins eigene Können zu stärken, Kontakte und soziale Netzwerke zu entwickeln, aber im Krisenfall flexible Rückfall- oder Rückhaltmechanismen bereit zu halten. Mit der Finanzierung über ein festgelegtes, auf Basis der bisherigen Mittel ermitteltes

---

<sup>29</sup> Von 47,6 Mio. € im Jahr 2008 stiegen die Kosten der ambulanten Sozialpsychiatrie bis 2012 auf 63,3 Mio. €

Trägerbudget spielt die Art und Weise der erbrachten notwendigen Leistung keine Rolle mehr. Fachleistungsstunden als Bewilligungsmaßstab sind abgeschafft, erbracht werden kann und soll die im Einzelfall erforderliche und notwendige bedarfsgerechte Hilfe. Erfolg der Hilfeerbringung wird nicht „bestraft“, sondern durch Planungssicherheit und Pauschalfinanzierung honoriert, der Verwaltungsaufwand wird für alle Beteiligten verringert. Nur am Rande soll erwähnt werden, dass dasselbe Geld aufgewandt wird, wie vorher – im Ergebnis sogar mehr, von einem Sparmodell kann insofern keine Rede sein. Begleitet wird die Reform von einem Begleitmanagement, das Betroffene und Angehörige einbezieht, gerade um sicherzustellen, dass insbesondere Menschen mit einem komplexeren Hilfebedarf gut und bedarfsgerecht versorgt werden können.

Gut zwei Jahre nach Einführung der Reform zeigen sich erste Erfolge. Die Begegnungsstätten, offenen Treffs und Angebote werden gut angenommen. Die Öffnung in den Sozialraum braucht langen Atem, hat aber z.B. auch im Zusammenhang mit der Flüchtlingskrise schon spannende Neuerungen hervorgerufen. Vor allem die veränderte Hilfeplanung, die Orientierung am inhaltlichen Ziel der Hilfe – losgelöst von Fachleistungsstunden, führt zu einer stärkeren fachlichen und lebensweltorientierten Fokussierung der angebotenen Hilfen. Im nächsten Schritt geht es jetzt um eine bessere Verzahnung von Akut- und Sozialpsychiatrie. Auch in der Akutpsychiatrie werden neue Ansätze ambulanter, sozialräumlich ausgerichteter und von den Kassen finanzierter Leistungen erprobt. Auch wenn die rechtskreisübergreifende Finanzierung solcher Hilfsformen noch Zukunftsmusik ist und das Bohren sehr dicker Bretter bedeutet, wäre es geradezu absurd, inhaltlich sinnvolle und verwandte Ansätze nicht gemeinsam zu verfolgen und zu organisieren und somit immer wieder kritisierte Drehtüreffekte zwischen den Hilfesystemen zugunsten einer wirklichen Hilfe aus einer Hand zu überwinden. Im Rahmen der Erstellung eines neuen Hamburger Psychiatrieberichts werden – gemeinsam mit allen Beteiligten – hierzu gemeinsame Strategien und erste Vorstellungen für neue Wege entwickelt. Ein erster Schritt auf einer sicherlich längeren Wanderung – aber ein hoffnungsvolles Zeichen für die Weiterentwicklung einer guten und inklusiven psychiatrischen Versorgung in Hamburg.

### **3.3.2 Selbstbestimmtes Wohnen geistig und mehrfach behinderter Menschen**

Die Leistungen der Eingliederungshilfe sollen Menschen mit Behinderungen in die Lage versetzen, so weit wie möglich am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen wie Menschen ohne Behinderungen. Das bereits erwähnte Ambulantisierungsprogramm (s.o. 6.3) hat maßgeblich dazu beigetragen, dass Menschen mit Behinderungen aus stationärer Betreuung in ambulant betreute Wohnmöglichkeiten umziehen konnten. Dies können Wohngemeinschaften, aber auch Einzelwohnungen sein. An dieser Stelle sei erwähnt, dass es in Hamburg bis auf ganz wenige Ausnahmen, keine stationären Komplexeinrichtungen mehr gibt. "Stationäre Betreuung" bedeutet in Hamburg nahezu immer das Leben in Wohngruppen, die sich auf den ersten Blick kaum von ambulant betreuten unterscheiden. Allerdings gewährleistet eine ambulante Wohngruppe einen höheren Grad an Selbstbestimmung, allein schon, weil die Bewohner in einem abgeschlossenen Bereich leben, zu dem das Betreuungspersonal keinen eigenständigen Zutritt hat. Es zeigt sich allerdings, dass es schwierig ist, insbesondere für Menschen mit hohem Betreuungsbedarf geeignete Wohnungen für eine ambulante Betreuung zu finden. Das liegt zum einen am ohnehin knappen Wohnraum in einer Großstadt wie Hamburg, um den diverse Mietergruppen konkurrieren. Zum anderen neigt die Wohnpflegeaufsicht zu einer Klassifizierung nach ordnungsrechtlichen Kriterien, die bei derartigen ambulanten Angeboten leicht zu einer Einordnung als (stationäre) Wohneinrichtung führen kann. Dies hat nicht nur Nachteile für die Anbieter zur Folge (Dokumentation, Prüfungen, Finanzierung), sondern führt beim Zusammentreffen mit Pflegeleistungen zu weiteren Schwierigkeiten (s.u. 3.3.3). Weiter ist zu beobachten, dass Vermieter häufig nicht direkt an Menschen mit Behinderungen vermieten wollen, sondern nur an

den Anbieter. Dieser muss dann an die einzelnen Bewohner untervermieten und wird so ungewollt in eine Vermieterrolle gedrängt. Dies ändert sich allerdings allmählich. Vor allem Genossenschaften sind einer Vermietung an Menschen mit Behinderungen gegenüber aufgeschlossener, so dass letztere verstärkt selbst Mieter sein können und auf diese Weise wie Menschen ohne Behinderungen am Leben in der Gemeinschaft teilhaben können.

Zu einer inklusiven Lebensweise tragen auch die Leistungen bei, die als Geldpauschalen oder Persönliche Budgets erbracht werden (s.o. 6.3). Die Budgets statten die Leistungsberechtigten mit "Kaufkraft" aus und versetzen sie so in die Lage, ihren Bedarf nach ihren eigenen Vorstellungen zu decken. Besonders deutlich wird dies am Beispiel der Gastweisen Unterbringung (GWU)<sup>30</sup>. Hierbei handelt es sich um eine kurzfristige vollstationäre Betreuung für behinderte Menschen, die in der eigenen Familie leben. Ziel ist die vorübergehende Entlastung der Betreuungsperson(en). Wurden für die GWU traditionell Anbieter stationärer Leistungen mit Vereinbarungen nach § 75 SGB XII in Anspruch genommen, werden seit Einführung der Geldpauschalen für die GWU verstärkt auch andere Anbieter genutzt, z.B. Sportvereine oder Jugendgruppen. Auf diese Weise können passgenaue Angebote gefunden werden, die u.U. sogar preiswerter sind, so dass mit dem gleichen Geld mehr Leistungen – in diesem Fall eine längere Betreuung – genutzt werden können.

Bestimmte Leistungen wie die GWU oder Beförderung sind von vornherein als Budgets ausgestaltet; grundsätzlich können aber alle Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets erbracht werden. Diese weisen zwar eine steigende Tendenz auf, der Anteil an den gesamten Leistungen der EGH ist jedoch vergleichsweise gering. Nach den Erfahrungen des Fachamts für Eingliederungshilfe werden aber Persönliche Budgets u.a. dann in Anspruch genommen, wenn die Leistungsberechtigten mit der Betreuung durch den Anbieter nicht zufrieden sind oder dieser die gewünschte Leistung nicht anbietet. Vor diesem Hintergrund kann eine geringe Zahl von Persönlichen Budgets auch als Indiz für die Zufriedenheit der Leistungsberechtigten mit den bestehenden Angeboten genommen werden.

Die Wohn-Angebote der Leistungserbringer finden zudem in steigendem Maß sozialräumlich statt. Dies umfasst zwei Aspekte: Zum einen öffnen sich die Anbieter in den Sozialraum, indem sie z.B. Aktivitäten oder Räume auch für die Nachbarschaft zur Verfügung stellen. Nachbarn können dann etwa an Gruppenangeboten teilnehmen, Cafeterias oder andere Gemeinschaftsräume nutzen. Zum anderen profitieren die Leistungsberechtigten für die Erbringung von EGH-Leistungen auch von den Ressourcen des Sozialraums. In dieser Hinsicht gibt es diverse Modelle. Allen gemeinsam ist, dass durch die Ressourcen des Sozialraums diverse "Alltagsverrichtungen" abgedeckt werden, für die keine professionellen Kräfte erforderlich sind. So wird derzeit ein Angebot geschaffen, bei dem Studierenden Wohnraum vermietet wird, die sich als "Gegenleistung" für eine günstige Miete verpflichten, niedrigschwellige Betreuungen von Menschen mit Behinderungen zu übernehmen<sup>31</sup>. Ein ähnliches Ziel verfolgt ein Projekt, in dem Menschen ohne Behinderungen sich melden, um behinderte Menschen zu Freizeitangeboten wie Sport- oder Musikveranstaltungen zu begleiten und dafür eine Freikarte für die jeweilige Veranstaltung des Kooperationspartners bekommen<sup>32</sup>. In anderen Modellen arbeiten Leistungsanbieter mit Wohnungsbauunternehmen zusammen, um eine attraktive Nachbarschaft unter Einbeziehung von behinderten und nichtbehinderten Menschen zu schaffen<sup>33</sup>.

---

<sup>30</sup> siehe oben 6.3.3

<sup>31</sup> z.B.: <http://www.paritaet-hamburg.de/fachinformationen/details/artikel/leben-mit-behinderung-hamburg-eroeffnet-im-herbst-2015-seine-erste-inklusive-hausgemeinschaft-in-der.html>

<sup>32</sup> z.B.: <http://www.hamburger-kulturschluessel.de/>

<sup>33</sup> z.B.: <http://www.alsterdorf-assistenz-ost.de/leben-wohnen/erwachsene-mit-assistenzbedarf/hamburg/assistenten-wohnen/rungestrasse/>

Ein weiterer Ansatz besteht darin, mit Hilfe spezieller "Lotsen" individuell auf die Bedarfe des Menschen mit Behinderungen zugeschnittene Angebote des Sozialraums zusammenzustellen.<sup>34</sup> Diesem Modell liegen spezielle Vereinbarungen des Leistungsanbieters sowohl mit dem Sozialhilfeträger als auch mit dem leistungsberechtigten Menschen zugrunde: Letzterer erklärt sich ggü. dem Leistungsanbieter damit einverstanden, dass in Absprache mit ihm die vom Sozialhilfeträger bewilligten Leistungen auch durch sozialräumliche Ressourcen erbracht werden können. Eine entsprechende Vereinbarung schließt der Leistungserbringer auch mit dem Sozialhilfeträger. Solche sozialräumlichen Ressourcen können Nachbarn oder Freunde sein, aber auch Vereine, Ladeninhaber oder Kirchengemeinden, die sich bereiterklären, regelmäßig bestimmte Unterstützungsleistungen zu erbringen und so professionelle Kräfte zu entlasten. Die Steuerung durch den Sozialhilfeträger erfolgt im Rahmen der Sozial- und Verlaufsberichte, bei denen überprüft wird, inwieweit die im Gesamtplan gemeinsam mit den Leistungsberechtigten festgelegten Ziele erreicht werden.

Derartige sozialräumliche Modelle werden durch die Trägerbudgets (s. o. 6.3) erheblich erleichtert, wenn nicht sogar erst ermöglicht, da die Budgets den Leistungsanbietern die nötige Flexibilität bieten, um neue Strukturen für die Leistungserbringung zu schaffen. Eine ganz wesentliche Voraussetzung ist eine konstruktive Zusammenarbeit von Sozialhilfeträger und Leistungsanbietern. In Hamburg hat sich in den letzten Jahren eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Leistungsanbietern und Sozialhilfeträger etabliert. Diese findet in Lenkungsgruppen zu den Trägerbudgets oder Begleitgremien zu einzelnen Projekten statt. Hier findet ein durchaus kritischer, aber immer offener Austausch statt, ohne den sich solche innovativen Modelle kaum realisieren ließen.

### **3.3.3 Schnittstelle Eingliederungshilfe – Pflege**

Das Zusammentreffen von Teilhabe-, Eingliederungshilfe- und Pflegeleistungen stellt die mit Abstand häufigste und somit für die Leistungsberechtigten bedeutsamste Kombination von Leistungsansprüchen dar; dem nahtlosen Ineinandergreifen der Leistungen kommt somit hohe Bedeutung zu. Allerdings sind hier in den gesetzlichen Bestimmungen insbesondere des SGB XI kaum förderliche, stattdessen eher hinderliche Spezialregelungen enthalten. So sind bei Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Behinderteneinrichtungen die gegebenen Leistungsansprüche an die Pflegekasse – Pflege nach SGB XI und Behandlungspflege nach SGB V – gemäß § 43a SGB XI mit einer Pauschale von maximal 266.- €/Monat abgegolten. Die Eingliederungshilfeleistungen müssen also die in der Regel wertmäßig weit über diesen Betrag hinausreichenden pflegerischen und behandlungspflegerischen Bedarfe mit decken. Dies gilt solange, bis die stationäre Eingliederungshilfeeinrichtung ad personam feststellt, den vorhandenen Pflegebedarf nicht mehr decken zu können (§ 55 SGB XII; ab 2020: § 103 SGB IX neu - BTHG); dann sieht der Gesetzgeber offenkundig die Notwendigkeit eines Umzugs der betroffenen Person in eine geeignete Pflegeeinrichtung. Die einzige Alternative hierzu besteht darin, dass eine stationäre Behinderteneinrichtung nicht nur eine Leistungsvereinbarung mit dem Eingliederungshilfeträger hat, sondern auch als stationäre Pflegeeinrichtung von den Pflegekassen zugelassen ist. Dann können die vollen stationären Pflegeversicherungsleistungen (bis zu 2.005.- €/Monat) erschlossen werden. Eine solche Einrichtung gibt es in Hamburg<sup>35</sup>; in anderen Bundesländern konnten die Pflegekassen dieses Modell bisher weitgehend verhindern.

Befinden sich die pflegeversicherten Menschen mit Behinderungen in ambulanter Eingliederungshilfe-Betreuung, können hingegen je nach Pflegestufe die „normalen“ ambulanten Pflegekassen-Sachleistungen erschlossen werden, allerdings bisher nur im strikten Regiment des

<sup>34</sup> z.B.: [http://haus-drei.de/wp-content/uploads/2016/01/NMS\\_Broschuere\\_Altonavi\\_Final\\_Web.pdf](http://haus-drei.de/wp-content/uploads/2016/01/NMS_Broschuere_Altonavi_Final_Web.pdf)

<sup>35</sup> Senator-Neumann-Heim: <https://www.bhh-sozialkontor.de/wohnen/wohnen-mit-koerperbehinderung/senator-neumann-heim/>. Zugriffen: 20. März 2017

Pflegeversicherungssystem. Rechtlich sind die beitragsfinanzierten Sozialversicherungsleistungen der SGB XI-Pflege und die Fürsorgeleistungen der Eingliederungshilfe gemäß § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI paradoxerweise gleichrangig, während für alle anderen Fürsorgeleistungen der naheliegende Nachrang gilt. Da die Pflegekassen kein dem SGB IX unterliegender Rehabilitationsträger sind, gilt für sie bisher nicht das Gebot des „nahtlosen Ineinandergreifens“ (§ 10 Abs. 1 SGB IX; ab 2018 § 19 Abs. 1 SGB IX neu) der Leistungen und der trägerübergreifend koordinierten, wirkungsorientierten Leistungsgestaltung (§§ 11 f. SGB IX; ab 2018 §§ 14 f. SGB IX neu), obwohl dies für die betroffenen, auf gleichzeitige Pflege- und Rehabilitationsleistungen angewiesenen Menschen von großer Wichtigkeit wäre. Allerdings hat der Gesetzgeber im Pflegeversicherungsrecht ab 2017 eine Brücke gebaut und im Zuge des Gesetzgebungsprozesses zum Bundesteilhabegesetz präzisiert: gemäß § 13 Abs. 4, 4a SGB XI ist nun für das Zusammentreffen von Pflegeleistungen mit Eingliederungshilfeleistungen vorgesehen, dass die Pflegekassen und die Sozialhilfeträger mit Zustimmung der Leistungsberechtigten zu vereinbaren haben, dass der Träger der Eingliederungshilfe die Pflegekassenleistungen übernimmt, mit den Teilhabeleistungen zusammenführt und als Gesamtleistung auskehrt, während die Pflegekassen die auf sie entfallenden Teil-Leistungskosten zu erstatten haben. Für Hamburg würde dies angesichts des gut aufgestellten, auch in der Pflege kompetenten Eingliederungshilfe-Fallmanagements eine große Chance darstellen, das bisherige eher kontraproduktive Nebeneinander von Pflege- und Eingliederungshilfeleistungen im Interesse der Leistungsberechtigten und ihrer gelingenden Teilhabe zu integrieren. Dies setzt allerdings die Bereitschaft der Pflegekassen voraus, tatsächlich zu einer ganzheitlichen Gesamtleistung im Interesse nahtloser individueller Bedarfsdeckung beizutragen, und ihre eigene Systemlogik demgegenüber nachzuordnen. Die gemäß § 13 Abs. 4 Satz 5 SGB XI in 2017 zu führenden Verhandlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Arbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe über konkretisierende Handlungsempfehlungen werden zeigen, ob nun gelingen kann, was in der Vergangenheit immer an formaler Verweigerung der Pflegekassen gescheitert ist. Die oben genannte Vereinbarungsmöglichkeit war nämlich in der bisherigen Rechtslage – als Soll-Bestimmung – auch schon gegeben.

### **3.4 Vom Kosten- zum Leistungsträger: der (gar nicht so) lange Weg des Vertragsrechts in Hamburg**

Die Entwicklung des Vertragsrechts in Hamburg hat vor allem im Leistungsbereich der Eingliederungshilfe in den letzten Jahren einen rasanten Wandel von der ursprünglichen Perspektive der einrichtungsbezogenen Kostenerstattung der 1990er Jahre hin zu einer weitgehend partizipativen Perspektive der Bedarfs- und Leistungsgerechtigkeit vollzogen. Für die Weiterentwicklung der Teilhabe in Hamburg ist dies durchaus von Bedeutung, weil damit das „Gerüst“ und die „Scharniere“ des Systems der Eingliederungshilfe auf wirksame, qualitätsgesicherte Teilhabeleistungen ausgerichtet werden.

Ein erster Impuls zur Strukturveränderung wurde mit der Vereinbarung über die Umsetzung von Hilfebedarfsgruppen und die Ambulantisierung stationärer Plätze in 2003 gegeben.<sup>36</sup>

Mit dieser Vereinbarung, die den damals gekündigten Landesrahmenvertrag nach § 93 d Bundessozialhilfegesetz (BSHG) ersetzte, wurde erstmals für die Eingliederungshilfe die Perspektive der Ambulantisierung bisher stationär erbrachter Leistungen sowie die Differenzierung der Hilfen nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf (Hilfebedarfsgruppen) vertraglich verankert.

---

<sup>36</sup> Vereinbarung über die Fortschreibung und Strukturveränderung im Bereich ambulant und stationär erbrachter Betreuungsleistungen (...) für den Zeitraum 01.07.2003 bis 31.12.2006 vom 30.09.2003 zwischen der AGFW, dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste – bpa Hamburg und der Behörde.

Aus der Vorbereitung dieser Maßnahmen entstand auch die erste vertragliche Regelung zu den Rechten und der Beteiligung der behinderten Menschen in diesem Veränderungsprozess – das sog. „Konsenspapier“<sup>37</sup> vom 07.03.2005, das u.a. die Prinzipien der Freiwilligkeit, des Rückkehrrechts, der Beteiligung der behinderten Menschen und der Zusammenschlüsse der behinderten Menschen verankerte.

Ein entscheidender Impuls für die Umsetzung dieser Ambulantisierungsmaßnahmen im Bereich der klassisch stationären Hilfen erfolgte aber erst mit dem Abschluss einer mehrjährigen Zielvereinbarung mit dem größten Hamburger Anbieter, der Evangelischen Stiftung Alsterdorf<sup>38</sup>. Diese Zielvereinbarung beinhaltete u.a. ein äußerst ehrgeiziges Ambulantisierungsvolumen von rund 1/3 der stationären Plätze sowie die Umsetzung von nach Hilfebedarfsgruppen differenzierten Maßnahmepauschalen. Verbunden waren diese ambitionierten Zielsetzungen darüber hinaus mit einer über die Laufzeit der Vereinbarung geregelten strukturellen Reduzierung der Kosten. Dieser Zielvereinbarung folgten weitere mit der AWO und dem Träger Leben mit Behinderung in 2005 sowie mit dem Träger Das Rauhe Haus und dem Diakonischen Werk sowie dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Anfang 2006 mit ähnlichen fachlichen Inhalten.

Ein neuer Ansatz zur Refinanzierung von Leistungen der Eingliederungshilfe wurde in dieser Zeit ausgerechnet in dem recht schwierigen Bereich der Leistungen der seinerzeit noch 4 Hamburger Werkstätten für behinderten Menschen (WfbM) umgesetzt. Hier wurde am 28.06.2005 eine Rahmenvereinbarung mit der Anbietergemeinschaft der Hamburger Werkstätten abgeschlossen, die für die Jahre 2005 und 2006 die Finanzierung im Rahmen eines Trägerbudgets regelte<sup>39</sup>. Das im bisherigen Teilhaberecht nicht explizierte, vom Bundesteilhabegesetz ab 2018 erstmals vorgesehene Prinzip der Refinanzierung der Leistungen über ein Trägerbudget hat in Hamburg also schon eine längere Bewährungsprobe hinter sich – und es ist ein Erfolgsmodell für alle Beteiligten bis heute.

Gemeinsam ist allen diesen rahmenvertraglichen und bilateralen Regelungen – bis auf das genannte Konsenspapier - allerdings eine sehr starke Fokussierung auf Fragen der Finanzierung der Einrichtungen und des Hamburger Haushaltes. Auch fachlich- inhaltliche Themen wurden seinerzeit noch stark unter den kritisch beäugten Aspekten der finanziellen Auswirkungen von beiden Seiten be- und verhandelt. So wurden in dem großen Bereich der klassisch stationären Hilfen die Maßnahmepauschalen ohne gleichzeitige Festlegung einheitlicher Personalstandards umgesetzt – im Gegensatz zum Bereich der Sozialpsychiatrie, in dem den Hilfebedarfsgruppen einheitliche Wochenstunden je Bedarfsgruppe hinterlegt wurden.

Auch der 2006 erfolgte Abschluss des Landesrahmenvertrages nach § 79 Abs. 1 SGB XII<sup>40</sup> änderte an dem überwiegend fiskalischen Ansatz zunächst wenig, sorgte jedoch in den weiteren Jahren zumindest für ein insgesamt verlässliches Gerüst beim Abschluss von Verträgen nach § 75 SGB XII. Der Vorrang der ambulanten Hilfen, Leistungsstrukturen nach Hilfebedarfsgruppen, der externe Vergleich, anlasslose Prüfungen von Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie der Vorrang des Verfahrens der pauschalen Anpassung der Vergütungen wurden gelebte Praxis. Ebenso entwickelte sich die Zusammenarbeit mit der LAG für behinderte Menschen in Hamburg kontinuierlich.

---

<sup>37</sup> Konsenspapier zur Weiterentwicklung der Hamburger Behindertenhilfe vom 07.03.2005

<sup>38</sup> Zielvereinbarung mit der Evangelischen Stiftung Alsterdorf zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe in Hamburg 2005 – 2010 vom 08.06.2005

<sup>39</sup> Rahmenvereinbarung gemäß § 75 III SGB XII zwischen der Anbietergemeinschaft alsterarbeit GmbH, Elbe Werkstätten GmbH, Hamburger Werkstatt GmbH, Landesbetrieb Winterhuder Werkstätten und der Freien und Hansestadt Hamburg Behörde für Soziales und Familie, Amt für Soziales und Integration über die Erbringung von Leistungen gem. § 54 SGB XII i.V. m. § 41 SGB IX vom 28.06.2005

<sup>40</sup> Landesrahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII für die Freie und Hansestadt Hamburg vom 28.06.2006

Mit dem Beschluss der Vertragskommission SGB XII über eine Allgemeine Mustervereinbarung<sup>41</sup> wurden die landesrahmenvertraglichen Regelungen als Vertragsstandard für alle Vereinbarungen nach § 75 SGB XII operationalisiert. Die Mustervereinbarung beinhaltet zusätzlich eine Regelung über Vertragsverstöße bzw. Vertragsstrafen bei Nicht- oder Schlechtleistung. Für die Leistungsvereinbarung wurden die zu regelnden Inhalte strukturiert vorgegeben, die Inhalte selbst waren trägerspezifisch zu verhandeln. Eine weitere Anlage zur Qualität und Qualitätssicherung formulierte für die Eingliederungshilfe gültige Regelungen zur Qualitätssicherung einschließlich eines Berichtsformats – den Qualitätssicherungsbericht. Dieser Allgemeinen Mustervereinbarung folgten weitere Standards zu den Leistungsvereinbarungen der unterschiedlichen Leistungsarten, die jedoch seinerzeit nicht den Status einer landesrahmenvertraglichen Regelung bzw. eines Beschlusses der Vertragskommission SGB XII erhielten. Gleichwohl wurden sie gängige Praxis bei Vertragsabschlüssen nach § 75 SGB XII.

Die Erfahrungen in der Zusammenarbeit nach landeseinheitlich gestalteten Regularien, die sich verstärkende Zusammenarbeit mit der LAG für behinderte Menschen in Hamburg und die beginnende bundesweite Diskussion über die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter Berücksichtigung der Ansprüche der UN-Behindertenrechtskonvention haben die Entwicklung des Vertragsrechts in Hamburg – auch ohne gesetzliche Änderungen – insofern sehr stark befördert, als zunehmend die Aspekte der bedarfsgerechten Leistungen auf Ebene der Nutzerinnen und Nutzer sowie der Leistungsgerechtigkeit auf Ebene der Leistungserbringer in das Zentrum der Entwicklung rückten.

Mit dem Beschluss der Vertragskommission SGB XII vom 11.02.2010<sup>42</sup> wurde dabei ein wesentlicher Baustein gesetzt. An erster Stelle dieses Beschlusses standen nunmehr Themen wie die Sozialraumentwicklung, die Fortsetzung des Ambulantisierungsprozesses und die Entwicklung der Sozialpsychiatrie, an zweiter Stelle folgten Fragen der Steuerung der Hilfen über das Hamburger Fallmanagement, die einheitliche Bedarfsfeststellung sowie das partizipative Verfahren der Umsetzung. Dieser Beschluss, der angesichts seiner Bedeutung zusätzlich in Form eines Vertrages abgeschlossen wurde, löste eine äußerst intensive Diskussion und eine Vielzahl von Aktivitäten zur Neugestaltung der vertraglichen Beziehungen auf Landes- und einzelvertraglicher Ebene aus. Dazu gehört auch die Aktualisierung des sog. Konsenspapieres mit der LAG (Konsenspapier II), das am 30.06.2010 abgeschlossen wurde.<sup>43</sup> Bis zu diesem Zeitpunkt waren bereits mehr als 500 Menschen in ambulante Betreuung gewechselt bzw. konnte eine stationäre Versorgung vermieden werden.

Für den Leistungsbereich der Tagesförderstätten wurde in 2012 eine Mustervereinbarung durch die VK beschlossen, die eine Modularisierung des Leistungsprofils der Tagesförderstätten unter Berücksichtigung des Übergangs in die Tagesförderstätte, der individuellen Leistungsfähigkeit in der Beschäftigungsphase sowie des altersbedingten Übergangs zur ausschließlichen Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beinhaltet. Dies schließt eine Verstärkung der sozialräumlichen Ausrichtung der Leistungen der Tagesförderstätten mit ein. Nach einer Erprobungsphase wird dieses modulare System nunmehr verstetigt. Zur Flexibilisierung der Refinanzierung und zur Berücksichtigung entsprechender Wünsche und Bedarfe nach Teilzeitbeschäftigung und altersbezogener besonderer Angebote sind die Vergütungen in 20%-Stufen gestaffelt.

Mit dem Beschluss der Vertragskommission SGB XII zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe 2013 bis 2015 wurde eine Reihe der in 2010 vereinbarten Projekte weiter konkreti-

---

<sup>41</sup> <<Muster>>Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII vom 21.12.2006

<sup>42</sup> Beschluss der Vertragskommission SGB XII der Freien und Hansestadt Hamburg zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe und zur Entwicklung der Vergütungen 2010 bis 2012 vom 11.02.2010

<sup>43</sup> Ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen - Weiterentwicklung der Ambulantisierung (Konsenspapier II) vom 30.06.2010.

siert<sup>44</sup>. Die Beschlüsse der ASMK, die Gemeinsame Erklärung der BASFI und der AGFW zur Weiterentwicklung und Sicherung der sozialen Leistungsstrukturen<sup>45</sup> sowie der Landesaktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention setzten neue, aus bundes- und landespolitischen Initiativen abgeleitete Ziele der Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen als rahmenvertragliche Vorgaben.

Zu den Schwerpunktsetzungen gehörten die Neustrukturierung der Ambulanten Sozialpsychiatrie, die Weiterentwicklung der stationären Hilfen mit der Trennung von Fachmaßnahmen und Lebensunterhalt sowie einheitlicher Kriterien der Preisfindung unter Berücksichtigung der Tarifbindung, die Entwicklung eines zeitbasierten Kalkulationsverfahrens mit Personaleckwerten und Berücksichtigung der Tarifbindung auch für Verfahren der pauschalen Anpassung sowie nicht zuletzt die Neustrukturierung der Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung (QS).

Im Laufe des Jahres 2013 wurden Regelungen zur Einhaltung des Mindestlohngesetzes, die Mustervereinbarung zur neuen Leistung der Ambulanten Sozialpsychiatrie mit Trägerbudget, die Umstellung der Berechnung der stationären Investitionsbeträge auf Nettokaltmiete je qm bei Trennung nach Wohn- und Betriebsflächen sowie die Neufassung der Allgemeinen Mustervereinbarung beschlossen.

Insbesondere die Neufassung der Regelungen zur Qualität und Qualitätssicherung bedürfen der Erwähnung, da diese Änderungen die neue Herangehensweise an rahmenvertragliche Regelungen gut verdeutlichen. Es wird nicht mehr ein bestimmter Inhalt oder Verfahren vorgegeben, darin sind die Anbieter im Grundsatz frei. Es besteht aber die unbedingte Verpflichtung, ein anerkanntes QS-Instrument regelhaft und systematisch anzuwenden und über die Maßnahmen und deren Ergebnisse jährlich zu berichten. derzeit werden die so erstellten QS-Berichte für die Jahre 2013 bis 2015 gemeinsam mit den Verbänden in der VK ausgewertet und bis Ende 2017 wird über die weitere Entwicklung der QS entschieden.

Den vorläufigen Höhepunkt der rahmenvertraglichen Gestaltung der Beziehungen zwischen Leistungsanbietern und Leistungsträger bilden die mit 4 großen Trägern der Eingliederungshilfe abgeschlossenen Rahmenvereinbarungen 2014 bis 2018<sup>46</sup>. Diese beinhalten unter Beibehaltung der bestehenden Leistungs- und Vertragsstrukturen nach § 75 SGB XII ein Trägerbudget, das auf Grundlage des bisher erbrachten Leistungsvolumens für 5 Jahre festgelegt ist. Die ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen werden dabei wie gewohnt im Einzelfall befürwortet und bewilligt, es wird keine eigene Leistungsart im Trägerbudget wie bei der ASP geschaffen. Zielsetzung der Vereinbarungen ist, die Maßnahmen und Projekte zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unabhängig von der Refinanzierung über die Einzelfallabrechnung zu machen. Die vier Träger erhalten mit dem Budget einen erheblichen Gestaltungsspielraum für fachliche und qualitative Entwicklungen, die sonst immer unter Finanzierungsvorbehalt stehen. Gleichwohl sind diese Träger aber auch verpflichtet, die dem Budget zugrundeliegenden quantitativen Annahmen insgesamt zumindest einzuhalten.

Die Zielsetzungen dieser Rahmenvereinbarungen werden besonders in der Formulierung der gemeinsamen Perspektiven der Vereinbarung mit der Evangelischen Stiftung Alsterdorf deutlich:

*„(1) Die Parteien gehen davon aus, dass bedeutende Schwierigkeiten in der Eingliederungshilfe und in angrenzenden Bereichen der Sozialen Arbeit für Menschen mit Behinderungen daraus*

---

<sup>44</sup> Beschluss der Vertragskommission SGB XII zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe und zur Entwicklung der Vergütungen 2013 bis 2015 vom 19.11.2012 als Rahmenvertrag abgeschlossen am 19.12.2012.

<sup>45</sup> Gemeinsame Erklärung der BASFI und der AGFW zur Weiterentwicklung und Sicherung der sozialen Leistungsstrukturen in der FHH vom 23.01.2012

<sup>46</sup> Evangelische Stiftung Alsterdorf (ESA), Leben mit Behinderung Hamburg Sozialeinrichtungen gGmbH (LmB), Behindertenhilfe Hamburg - Sozialkontor (BHH), fördern und wohnen AÖR (f&w)

*resultieren, dass Leistungsberechtigte, Leistungsanbieter und Sozialhilfeträger durch die derzeitigen Vereinbarungsstandards verleitet werden, substantiell unterschiedliche Ziele zu verfolgen. (2) Die Parteien streben an, die Blicke der Beteiligten strukturell in dieselbe Richtung zu lenken. (3) Die Leistungsberechtigten werden an der Weiterentwicklung der Leistungen so beteiligt, dass die Suche nach gemeinsamen Zielen gelingen kann. Die Rechtsansprüche der Leistungsberechtigten sind von dieser Vereinbarung nicht tangiert. (4) Die Parteien dieser Vereinbarung gehen davon aus, dass das Verfolgen gemeinsamer Ziele bessere Soziale Arbeit für Menschen mit Behinderungen ermöglicht und eine Vereinfachung der Verfahren erlaubt. (5) Dabei geht es auch darum, Anreize zu schaffen und die positiven Ergebnisse dieses einheitlichen Bemühens für Leistungsberechtigte, Leistungsanbieterin und Sozialhilfeträgerin in je geeigneter Weise wirksam und erkennbar werden zu lassen.*<sup>47</sup>

Das Volumen dieser Trägerbudgets beläuft sich auf rund 150 Mio. € jährlich, das Gesamtvolumen über die 5 Jahre beläuft sich somit auf rund 750 Mio. €. Seither sind eine Vielzahl von Maßnahmen und Projekten durch die Budgetträger eingeleitet und umgesetzt worden. Eine der größten Herausforderungen bestand zunächst jedoch darin, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrem Denken und Handeln dahingehend umzuleiten, dass mit dem Trägerbudget die alte Logik des Zwangs zu immer mehr Kunden und/oder immer höheren Bedarfen aus der Einzelfallabrechnung aufgegeben wird und ersetzt wird durch das Denken und Handeln im Sinne der besten Leistungen für die zu betreuenden Menschen bei gleichzeitig möglichst wirtschaftlichem und effektivem Handeln.

Eine detaillierte Darstellung der ersten Ergebnisse dieser Rahmenvereinbarungen kann dem im Herbst 2016 veröffentlichten Zwischenbericht<sup>48</sup> der vier Träger und der BASFI entnommen werden.

Ein weiterer Höhepunkt der Entwicklung wurde mit dem Beschluss der Vertragskommission SGB XII zum neuen Vergütungssystem in der klassisch stationären Eingliederungshilfe erreicht<sup>49</sup>. Das Kalkulationsverfahren ist zeitbasiert und pauschaliert. Die Maßnahmepauschalen differenzieren sich im Wesentlichen nach der Zugehörigkeit zu einer von 4 Tarifklassen, denen einheitliche Personaleckwerte hinterlegt sind.

Zum ersten Mal wurden in diesem Bereich in Hamburg einheitliche Standards der Kalkulation umgesetzt. Die Regelungen beinhalten eine zeitbasierte Kalkulation in Stundensätzen, einheitliche Personaleckwerte für das Betreuungspersonal, die nach sog. Tarifklassen differenziert sind, eine einheitliche Pauschale für die Personal- und Sachkosten, die nicht Personalkosten des Betreuungspersonals sind und daraus abgeleitet eine Neudefinition der Grundpauschale als der Vergütungsbestandteil für den notwendigen Lebensunterhalt (Regelbedarfsstufe 2, warme Betriebskosten-Pauschale, Inventarpauschalen). Die Stundensätze werden aufgrund der Abrechnungssystematik weiter in Tages- und Monatssätze umgerechnet. Grundlage dafür ist die Differenzierung der Maßnahmepauschalen nach 4 zeitbasierten Leistungsstufen sowie einer Grundleistung, die als Zeit für den Betrieb einer Wohngemeinschaft und für Leistungen der Basisversorgung definiert ist. Eine entsprechende Mustervereinbarung (Leistungsvereinbarung) wurde durch die Vertragskommission SGB XII am 15.12.2014 beschlossen.

Die Umsetzung dieses Systems erfolgte insgesamt kostenneutral und ist mit Ablauf dieses Jahres abgeschlossen. Für drei Wohnangebote mit speziellem Personenkreis wurden besitz-

<sup>47</sup> Vereinbarung zwischen der Evangelischen Stiftung Alsterdorf (im Folgenden: ESA), (...) und der Freien und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (im Folgenden: BASFI) 2014-2018 vom 06.02.2014, § 1 Gemeinsame Perspektiven

<sup>48</sup> Umsetzung der Rahmenvereinbarungen 2014-2018 zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe in der Freien und Hansestadt Hamburg, 2016 <http://www.hamburg.de/veroeffentlichungen-behinderung/6760032/zwischenbericht-rahmenvereinbarungen-eingliederungshilfe/>

<sup>49</sup> Neues Vergütungssystem klassisch stationäre Eingliederungshilfe, Beschluss der VK SGB XII vom 15.04.2014

standswahrende Regelungen getroffen, die ab 2018 aber in das Regelsystem überführt werden. Sowohl die Einführung als auch die Umsetzung dieser grundlegenden Veränderungen erfolgte bisher ohne Konflikte und die Ergebnisse werden von allen Beteiligten als positiv wahrgenommen.

Mit dazu beigetragen hat auch die intensive Einbeziehung der Interessenvertretungen der behinderten Menschen (LAG) und die frühzeitige Information der Bewohnerinnen und Bewohner, deren Angehörige oder gesetzliche Betreuer sowie der Verbände der haupt- und ehrenamtlichen Betreuer vor bzw. mit Umsetzung des neuen Systems. Die Information an die Bewohnerinnen und Bewohner erfolgte auch in Leichter Sprache.

Das Prinzip der Differenzierung der Maßnahmepauschalen nach Tarifklassen wird zukünftig in diesem Bereich auch im Verfahren der pauschalen Anpassung der Vertragskommission SGB XII angewandt und setzt Standards für die Neugestaltung der Finanzierungsstrukturen auch für alle anderen Leistungsbereiche der Eingliederungshilfe in Hamburg. So werden mit der Fortschreibung der Trägerbudgets in der ASP und der damit verbundenen Einführung von einheitlichen Fallpauschalen ab 2017 die Budgets nach drei Tarifklassen gewichtet. Dies ist ein wesentlicher Beitrag für die Leistungsgerechtigkeit der vereinbarten Vergütungen.

Mit der weitgehenden Standardisierung von Leistungen, der Pauschalierung von Vergütungsbestandteilen nach einheitlichen Kriterien und der an den Kriterien der Zeit und der Tarifbindung ausgerichteten Differenzierung der Vergütungen sind für die Zukunft leistungsfähige, für alle Beteiligten transparente und für die Leistungsanbieter leistungsgerechte Finanzierungsstrukturen geschaffen worden.

Für die Umsetzung der vertragsrechtlichen Regelungen des BTHG ab 2018 sowie der leistungsrechtlichen Regelungen ab 2020 ist Hamburg also jetzt bereits gerüstet.

Dies schafft den Raum, sich in der Umsetzung der anstehenden Veränderungen auf die inhaltlichen und partizipativen Fragestellungen zu konzentrieren, um allen behinderten Menschen in Hamburg eine weitgehend inklusive Teilhabe am Leben in dieser Stadt zu ermöglichen.

### **3.5 Einzelfallebene: Fallmanagement**

Seit 2008 wurde in Hamburg für die meisten stationären und ambulanten Leistungen der Eingliederungshilfe ein Fallmanagement eingeführt. Hamburg hat damals im deutschlandweiten Vergleich eine Vorreiterrolle übernommen. Vielfach werden in Deutschland bis heute Eingliederungshilfeleistungen ohne intensivere fachliche Steuerung von den Sozialämtern bewilligt. Dabei ermöglicht nur ein Fallmanagement eine personenzentrierte Einzelfallsteuerung, indem ein Fallmanager bzw. eine Fallmanagerin vom Antrag bis zur Entscheidung über die Weiterbewilligung zusammen mit den Leistungsberechtigten, Betreuern und weiteren Beteiligten den Unterstützungsprozess begleitet. Die bisher in Hamburg gesammelten Erfahrungen zeigen, dass ein qualitatives Fallmanagement sowohl eine höhere individuelle Bedarfsdeckung, als auch wirtschaftliche Lösungen gewährleistet (BASFI 2014). Dadurch, dass die Wirkungen der einzelnen Leistungen im Prozess auch seitens des Leistungsträgers besser überprüft werden können, stellt das Fallmanagement das zentrale Element einer Qualitätssicherung im Einzelfall dar. Es entspricht zudem der Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Menschen mit Behinderung, dass mit dem Fallmanagement die Leistungsberechtigten partizipativ an den Entscheidungsprozessen der Bedarfsfeststellung, der Zielfestlegung und der erneuten Bedarfsüberprüfung beteiligt werden (Sipsis 2017, S. 125).

Mit dem Fachamt Eingliederungshilfe im Bezirksamt Wandsbek wurde in Hamburg eine zentrale bezirkliche Einheit geschaffen, in der ein sozialpädagogischer und ein medizinischer Fachdienst dieses Fallmanagement mit entsprechender fachlicher Kompetenz umsetzen. Wesentliche Auf-

gabe des medizinischen Fachdienstes ist es, die Zugehörigkeit zum Personenkreis der wesentlich behinderten Menschen nach § 53 SGB XII gutachterlich auf Grundlage eines persönlichen Gesprächs zu prüfen und dem sozialpädagogischen Fachdienst eine erste sozialmedizinische Einschätzung zum individuellen Bedarf der Antragstellerin bzw. des Antragstellers zu geben. Kernauftrag des sozialpädagogischen Fachdienstes ist es dann, ein qualifiziertes und partizipatives Gesamtplanverfahren zusammen mit den Antragstellern durchzuführen.

Zwar wurde bereits 1962 mit der Kodifizierung des Bundessozialhilfegesetzes in § 46 festgelegt, dass der Sozialhilfeträger so früh wie möglich einen Gesamtplan zur Durchführung der einzelnen Leistungen aufzustellen hat. Dieser gesetzliche Auftrag wurde allerdings in Deutschland flächendeckend entweder gar nicht oder nur sehr abstrakt und in keiner Weise bürgerorientiert vollzogen. Hamburg setzt im Rahmen des Fallmanagements das Gesamtplanverfahren nach § 58 SGB XII (bzw. zukünftig §§ 117ff. SGB IX-neu) mustergültig um.

Antragsteller auf Leistungen der Eingliederungshilfe werden in Hamburg nach der positiven Begutachtung des medizinischen Fachdienstes vom sozialpädagogischen Fachdienst grundsätzlich zu einer Gesamtplankonferenz eingeladen. Die Antragsteller können hierbei von einer Vertrauensperson (gesetzliche Betreuung, persönliche Assistenz) begleitet werden. Im Idealfall findet die Bedarfserhebung allerdings als dialogisches Verfahren statt.

Die Gesamtplankonferenz dauert in der Regel 45 bis 90 Minuten. Es ist der Anspruch des Fallmanagements keine Defiziterhebung durchzuführen, sondern gemeinsam mit den Antragstellern die individuellen Kompetenzen und Fähigkeiten, direkten und indirekten Ressourcen sowie persönlichen Ziele im Kontext der vorhandenen Barrieren zu ermitteln. Diese Ermittlung orientiert sich an Lebensfeldern. Klassisch werden die Bedarfe in den Teilhabebereichen „Wohnen, Aktivitäten des täglichen Lebens/Selbstsorge“, „Tages-, Freizeit- und Kontaktgestaltung“ und „Beschäftigung, Arbeit und Ausbildung“ in den Fokus genommen.

Auf Grundlage der erhobenen Ressourcen, Barrieren und Bedarfe formulieren die Fallmanager gemeinsam mit den Antragstellern die persönlichen Teilhabeziele, welche mit der Leistung verfolgt werden sollen. Die Formulierung dieser Ziele richtet sich nach den sogenannten *s.m.a.r.t.*-Kriterien (Fachamt Eingliederungshilfe 2016, S. 7). Spezifisch (s), messbar (m), attraktiv (a), realistisch (r) und terminiert (t) vereinbarte Ziele gewährleisten eine stärkere Erfolgsorientierung und eine bessere Überprüfbarkeit der Wirksamkeit der Leistungserbringung im Einzelfall.

Ziele in der sozialen Arbeit *s.m.a.r.t.* zu formulieren und dann auch noch aus der Perspektive des Leistungsträgers, der die Antragsteller lediglich im Rahmen der Gesamtplanung näher „kennenlernt“, stellte auch beim Aufbau des Fallmanagements in der Hamburger Eingliederungshilfe eine Herausforderung dar. Tatsächlich zeigte sich jedoch bei der Implementierung eines regelhaften Gesamtplanverfahrens, dass dies möglich und in der Verbindung einer verbindlich darauf aufbauenden individuellen Hilfeplanung des Leistungserbringers auch sinnvoll ist.<sup>50</sup> Zwei Praxisbeispiele sollen das deutlich machen:

---

<sup>50</sup> In der zitierten Broschüre des Fachamtes Eingliederungshilfe sind mehrere dutzend *s.m.a.r.t.* formulierte Teilhabeziele aufgelistet, die anhand der konkreten Praxis des Fallmanagements entwickelt worden sind.

Fallbeispiel a) im Lebensbereich „Wohnen, Aktivitäten des täglichen Lebens/Selbstsorge“:

In der im Frühjahr stattfindenden Gesamtplankonferenz wird deutlich, dass Herr Mustermann, der erst seit einiger Zeit in einer eigenen Wohnung lebt und ambulant betreut wird, den Bedarf hat, selbständiger für sich einzukaufen. Herr Mustermann sagt, dass er durchaus kochen könne. Er könne sich aber nicht motivieren, regelmäßig ohne Begleitung einzukaufen. Er führt aus, dass es ausdrücklich sein Wunsch für die Zukunft sei, hier mehr Selbständigkeit zu erreichen und hierüber vielleicht auch zukünftig besser mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Besonders schön fände er immer die Atmosphäre der Wochenmärkte, auch weil da so viele Menschen und Marktstände seien. Die vielen Menschen und Stände überfordern ihn aber. Der Fallmanager fragt bei Herrn Mustermann nach, wie seine Vorstellungen und Wünsche etwas konkreter, aber eben auch realistisch (s.m.a.r.t.) formuliert werden können. Hierauf vereinbaren sich der Fallmanager und Herr Mustermann auf folgendes Ziel: *„Herr Mustermann kauft ab Juli 2017 einmal in der Woche eigenständig die von ihm benötigten Lebensmittel auf dem Wochenmarkt ein.“*

Fallbeispiel b) im Lebensfeld „Beschäftigung, Arbeit und Ausbildung“:

Frau Mustermann wird bereits seit mehreren Jahren ambulant betreut. Sie ist außerdem seit längerem in einer WfbM beschäftigt. Eine Gesamtplankonferenz wurde angeregt, da Frau Mustermann häufiger die Leistungserbringer für die ambulante Betreuung gewechselt hat und die Ziele in der Vergangenheit in der Regel nicht erreicht worden sind. Im Rahmen der Gesamtplankonferenz wird deutlich, dass Frau Mustermann häufig unter psychischen Krisen leidet, die sich sehr stark auch auf die Erreichung selbstgesetzter Ziele auswirken. Es stellt sich heraus, dass krisenbedingte Fehlzeiten ihren Verbleib innerhalb der WfbM gefährden. Auf Nachfrage der Fallmanagerin antwortet Frau Mustermann, dass sie den Platz in der WfbM behalten will, da ihr die Kontakte mit den anderen Beschäftigten sehr wichtig sind. Langfristig könne sie sich auch vorstellen, vielleicht einmal Wege außerhalb der WfbM – etwa im Rahmen des Budgets für Arbeit – auszuprobieren. Derzeit käme das aber für sie überhaupt nicht in Frage. Die Fallmanagerin und Frau Mustermann vereinbaren im Rahmen der Gesamtplanung mehrere auf Stabilität setzende Teilhabeziele. Für den Bereich „Beschäftigung, Arbeit und Ausbildung“ wird folgendes s.m.a.r.t.e Ziel vereinbart: *Frau Mustermann ist am Ende des Befürwortungszeitraums (Oktober 2017) immer noch in der WfbM tätig.* In den Gesamtplan wird aber im Einverständnis mit Frau Mustermann auch das Leitziel *„Frau Mustermann möchte langfristig auch Beschäftigungsmöglichkeiten außerhalb der WfbM ausprobieren“* aufgenommen.

Mit dem zweiten Fallbeispiel wird deutlich, dass im Rahmen der Eingliederungshilfe realistische Ziele keinesfalls dem „Höher-Schneller-Weiter“-Prinzip folgen müssen, sondern Erhaltungsziele in vielen lebensnahen Kontexten eine ganz zentrale Rolle spielen. Dabei können auch Erhaltungsziele konkret, realistisch und mit einem Zeithorizont vereinbart werden. Sofern dies ausdrücklich gewünscht wird, können dabei auch nicht s.m.a.r.t. formulierte *Leitziele* in die Gesamtplanung mit aufgenommen werden.

Die Bedarfsermittlung der Gesamtplanung erfolgt dabei grundsätzlich mit einem trägerübergreifenden Blick. Das heißt, dass neben den Bedarfen der Eingliederungshilfe auch beispielsweise medizinische (SGB V), pflegerische (SGB XI) und die Bedarfe in der Verantwortung weiterer Rehabilitationsträger ermittelt und voneinander abgegrenzt werden. Zugleich werden auch mögliche zu erschließende Unterstützungen im Sozialraum (Wo gibt es Unterstützungsmöglichkeiten durch Nachbarn, Freunde, Ehrenamt?) festgehalten. Deshalb sollen hier auch Teilhabeziele außerhalb des Fokus der Eingliederungshilfe vereinbart werden.

Ressourcen, Barrieren, Bedarfe, Ziele und die empfohlenen Leistungen werden nach einer Gesamtplankonferenz in einem standardisierten Gesamtplanformular zusammengefasst.<sup>51</sup> Das Hamburger Gesamtplanformular orientiert sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und damit der diesem Modell zu Grunde liegenden bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise von Behinderung (DIMDI 2005). Der Gesamtplan wird den Leistungsberechtigten grundsätzlich noch einmal für Ergänzungen und zur Unterschrift zugesandt. Es liegt in der Verantwortung der Leistungsberechtigten, dass der Gesamtplan dann vor der Leistungserbringung den Bezugsbetreuern zur Verfügung gestellt wird. Denn

<sup>51</sup> Die Gesamtpläne, medizinischen Begutachtungsformulare und Sozial- und Verlaufsberichtsmuster sind neben weiteren Antragsformularen auf der Internetseite des Fachamtes Eingliederungshilfe einsehbar: <http://www.hamburg.de/wandsbek/fachamt-eingliederungshilfe/formularserver/>. Zugriffen: 3. März 2017.

die Teilhabezielvereinbarung des Gesamtplans stellt den Auftragsrahmen der darauf aufbauenden individuellen Hilfeplanung des Leistungserbringers dar.

Auf Grundlage des Gesamtplans und den darin festgelegten Teilhabezielen vereinbart der Leistungserbringer mit dem Leistungsberechtigten bzw. der Leistungsberechtigten einen Hilfeplan. Dieser soll fortlaufend den aktuellen Erfordernissen der Hilfeplanung während des Bewilligungszeitraums angepasst werden.

Auf die beiden vorne aufgeführten Praxisbeispiele bezogen, ist es im Fallbeispiel a) der Auftrag des Leistungserbringers, gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten das vereinbarte Teilhabeziel *„Herr Mustermann kauft ab Juli 2017 einmal in der Woche eigenständig die von ihm benötigten Lebensmittel auf dem Wochenmarkt ein“* über eine Reihe von kleinschrittigen Unterzielen zur Realisierung zu bringen. Konkret kann das hier heißen, dass Herr Mustermann zuerst regelmäßig von einem Assistenten bei seinem Marktgang und im Kontakt mit den Verkäufern begleitet wird, diese Begleitung aber bei Erfolg sukzessive reduziert wird. Dabei ist es selbstverständlich, dass sich im Laufe der Leistungserbringung etwa das Zeitziel oder auch die inhaltlichen Schwerpunkte des vereinbarten Teilhabeziels verändern können. Vielleicht zeigt sich, dass der wöchentliche Marktbesuch doch nicht das ist, was sich Herr Mustermann vorgestellt hat. Das Teilhabeziel könnte sich etwa auf eine allgemeine Erschließung von mehr und mehr selbständigen Einkaufsmöglichkeiten in der Umgebung verändern.

Wichtig ist, dass der Leistungserbringer zum Ende des Bewilligungszeitraums im Rahmen eines ebenfalls standardisierten Sozial- und Verlaufsberichts über die Leistungserbringung an den Leistungsträger berichtet. Im Mittelpunkt dieses Berichts steht neben den veränderten individuellen Bedarfen, welche Teilhabeziele mit welchem Erfolg umgesetzt werden konnten oder eventuell auch während der Leistungserbringung einvernehmlich verändert wurden. Selbstverständlich muss auch dieser Bericht zusammen mit den Leistungsberechtigten erstellt werden. Besonderes Augenmerk wird in diesen Berichten zudem noch einmal den persönlichen Wünschen und Vorstellungen der Leistungsberechtigten eingeräumt. Dazu wird hier im Fall einer gewünschten Weiterbewilligung aufgeführt, welche Teilhabeziele verändert oder neu erreicht werden sollen. Auf der Grundlage des Berichts erfolgt schließlich die Weiterbewilligung oder die Beendigung der Eingliederungshilfeleistung. Ist der Sozial- und Verlaufsbericht nicht plausibel, kann das Fallmanagement auch eine neue Gesamtplankonferenz anregen. Anhand des geschilderten Ablaufs stellt sich der Steuerungskreislauf der Eingliederungshilfe auf Einzelfallebene dar.



die säulenübergreifende Sozialraumorientierung über die bestehenden thematischen Schwerpunkte in der Jugendhilfe, der Eingliederungshilfe oder der Pflege zu einem wirklich übergreifendem Planungsinstrument werden, so dass lebendige Nachbarschaften zu einem echten Grundgerüst eines solidarischen Miteinanders in der Stadt werden können? Hamburg, die beteiligten Behörden, haben in den letzten Jahren – nicht zuletzt im Zusammenhang mit der Flüchtlingskrise – gute Erfahrung mit behörden –und zuständigkeitsüberschreitender Zusammenarbeit, mit Planung aus „einem Guss“, auch mit rechtskreisübergreifender Finanzierung gemacht. Schon heute ist es selbstverständlich, dass nicht die Sozialbehörde, sondern die Verkehrsbehörde für barrierefreien Straßenraum und ÖPNV zuständig ist, die Stadtentwicklungsbehörde für barrierefreien Wohnraum und die Wirtschaftsbehörde für barrierefreien Tourismus. Es wird weiterer Anstrengungen bedürfen, dieses Grundverständnis weiter auszubauen: Für gelingende Inklusion an den Schulen als Aufgabe der gesamten Schul- und Stadtgemeinschaft oder um die neuen Instrumente des Bundesteilhabegesetzes zur Hilfe zur Arbeit, gemeinsam mit den Regelangeboten der Arbeitsverwaltung für einen echten inklusiven Arbeitsmarkt „aus einer Hand“ zu nutzen. Um auch die Hochschulen zu noch stärkerer Eigenverantwortung für ein inklusives Studienangebot zu motivieren, die inklusive Lösung für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in der Jugendhilfe voranzutreiben, die Akut- und Sozialpsychiatrie besser miteinander zu verzahnen und Leichte Sprache und Barrierefreiheit in der Kommunikation überall zum Standard werden zu lassen. Vor allem aber muss der Leitsatz gelten, der die Debatten zur Entstehung des Bundesteilhabegesetzes geprägt hat: „Nichts über uns ohne uns.“ Nicht nur die Beteiligung, sondern die Selbstgestaltung durch Betroffene, wirklich partizipative Hilfeverfahren, Stärkung von Peer to Peer Ansätzen und das Zusammenwachsen zu einem echten „Wir“ ohne Frage nach „Handicaps“ werden der Maßstab dafür sein, damit und dass Hamburg zu einem wirklichen Ort der Teilhabe werden kann, wo die Ziele der UN-Behindertenrechtskonvention gelebter Alltag sind.

## Literatur- und Quellenverzeichnis

BAR (2017):

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Reha-Info 01 / 2017

BASFI (2014):

Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (2014): Einzelfallsteuerung in der Eingliederungshilfe. Fallmanagement in Hamburg:

<http://www.hamburg.de/contentblob/4368846/157e696ddc5879ac055d469c49fc699f/data/einzel-fallsteuerung-eingliederungshilfellmanagement-in-hamburg-.pdf>. Zugegriffen: 3. März 2017.

BTHG (2016):

Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz) – BTHG vom 23. Dezember 2016

DIMDI (2005):

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (2005).

<http://webshop.dimdi.de/buecher/icf/icf-internationale-klassifikation-der-funktionsfaehigkeit-behinderung-und-gesundheit-artikel-nr-k07001.html>. Zugegriffen: 6. März 2017.

Fachamt Eingliederungshilfe (2016):

Fachamt Eingliederungshilfe (2016): Operationale Ziele in Gesamtplänen. Umsetzungshilfe des Qualitätszirkels des Fachamtes Eingliederungshilfe:

<http://www.hamburg.de/contentblob/6860206/e2fb31fc02d89511cbb5456e594692da/data/pdf-operationale-ziele-in-gesamtplaenen-broschuere.pdf>. Zugegriffen: 3. März 2017.

Gitschmann (2016):

Peter Gitschmann, Das Bundesteilhabegesetz kommt – endlich! In: ZFSH SGB 12 55, 12/2016: 653-659

KWB (2017):

Koordinierungsstelle Weiterbildung und Beschäftigung (2017): Analyse zur Erwerbssituation von Menschen mit Behinderung in Hamburg:

<http://www.kwb.de/media/public/db/media/4/2014/01/306/analyse-erwerbsteilnahme-behinderte-barrierefrei.pdf>. Zugegriffen: 6. März 2017.

Luhmann (1984):

Niklas Luhmann, Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie, Frankfurt am Main 1984

Parsons (2009):

Talcott Parsons, Das System moderner Gesellschaften, Weinheim, München 2009 (16. Aufl.)

Pörksen (2014):

Jan Pörksen, Perspektiven für die erzieherischen Hilfen in Hamburg, Jugendhilfe 52, 2/2014, S. 109ff

SIPSIS (2017):

Sipsis, K. (2017): Vom Zusammenwirken zur Partizipation. Partizipationsmöglichkeiten für KlientInnen an der Teilhabepflicht des Fallmanagements in der Hamburger Eingliederungshilfe. In: NDV März:121-125.

Teilhabebericht (2016):

Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen 2016 ([http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Pressemitteilungen/2017/zweiter-teilhabebericht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Pressemitteilungen/2017/zweiter-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=4) . Zugegriffen: 20. März 2017)

WHO / Weltgesundheitsorganisation (1946):

Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, Präambel (unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946)



Behörde für Arbeit,  
Soziales, Familie  
und Integration