Ist das Bundesteilhabegesetz für Menschen im Regelkreis des SGB XII / SGB IX eine wirkliche Unterstützung auf dem Weg zu einer inklusiven Teilhabe?

Am Beispiel des SGB XIII (oder SGB XII?) - Umsetzungsansätze, Chancen und Herausforderungen für Klienten, Organisationen als Leistungsbringer und Institutionen als Leistungsträger

Titel: Das Bundesteilhabegesetz- von der Fürsorge zum Teilhaberecht

Bachelor Arbeit

Zur Erlangung des Grades eines Bachelor of Arts (B.A.)

Im Studiengang Soziale Arbeit

vorgelegt

von

Petra Straßler-Wonn

URN-Nummer: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0545-5

Im Wintersemester 2020/2021

Tag der Einreichung: 04.09.2020

Erstprüferin: Frau Prof. Dr. jur. Britta Tammen

Zweitprüferin: Frau Prof. Dr. Steffi Krämer

Es gibt kein anderes Mittel, den Schwankenden zu helfen, als daß man aufhört, selbst zu schwanken.

Wladimir Iljitsch Lenin (1870 – 1924), eigentlich Wladimir Iljitsch Uljanow, russischer Revolutionär und sowjetischer Staatsmann

Quelle: Lenin, Sozialchauvinisten und Internationalisten, in: „Prawda“ Nummer 44, 12.Mai (29.April) 1917

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

……

Ort, Datum Petra Straßler-Wonn

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 1

2. Geschichte und Entwicklung der sozialen Arbeit 2

2.1. Prekäre Lebenslagen und soziale Ausgrenzung.....5
2.2. Die UN – Behindertenrechtskonvention – ein Meilenstein 7
2.3. Eingliederungshilfen 9

3. Inklusion – Einführung 11

3.1. Inklusion – Begriffsfindung und – bestimmung 12
3.2. Inklusion – Exklusion.....16
3.3. Begriffsbestimmung Behinderung 17
3.4. Der Inklusionsindex – Didaktischer Ansatz 18
3.5. Inklusion als sozialstaatliches Prinzip – Ausblick für Deutschland 19

4. Das Bundesteilhabegesetz 21

4.1. Begriffsbestimmung aus dem SGB IX 23
4.2. Ziele und Personenkreis des BthG 24

4.2.1. Neudefinition des Behindertenbegriffes 25
4.2.2. Systemumstellung – die Trennung von Leistungen 26

4.3. Teile des BthG und die Reformstufen 28
4.4. Arbeitsinstrumente und Verfahren 29
4.5. Die neuen Strukturen des Gesetzgebers und seine Ziele und Umsetzung 31

4.5.1. Hindernisse 33

4.6. Chancen und Hemmnisse in Bezug auf die Träger der Leistung 34
4.7. Chancen in Begriff auf die Klienten 35

4.7.1. Hindernisse und Nachteile für den Klienten 39

5. Fazit 40

Quellenverzeichnis 41

Abkürzungsverzeichnis 43

Abbildungsverzeichnis 44

1. Einleitung

In Deutschland leben mehr als 10 Millionen Menschen mit einer Behinderung. Allein 7,5 Millionen Menschen haben davon eine Behinderungsgrad über 50 Prozent und gelten damit als schwerstbehindert. Dies bringt besondere Bedürfnisse und Voraussetzungen hinsichtlich der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben mit. Durch eine fehlende Mitsprache, Ausgrenzung und teilweise eine Abschiebung in Einrichtungen wird massiv in das Leben und die individuelle Planung von Menschen mit Behinderung eingegriffen.

Sie sind Teil unserer Gesellschaft.

Oft wird eine vollwertige Teilnahme am gesellschaftlichen Leben durch zahlreiche Hindernisse und eine fehlende Unterstützung jedoch verhindert.
Was das genau für diese Menschen bedeutet und wie sich Alltag und Teilhabe an der Gesellschaft gestalten lässt, welche Veränderungen das Bundesteilhabegesetz für den einzelnem Menschen verbessert soll hier beleuchtet werden.

Durch die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention sollte ein neuer Weg geebnet werden zur Stärkung der gesellschaftlichen Teilhabe und eines selbstbestimmteren Lebens.
Seit 2016 wird mit dem Bundesteilhabegesetz konkretisiert und genormt, wie so ein Weg im Einzelfall aussehen kann um das Leben von Menschen mit körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen zu vereinfachen und eine weitestgehende Autonomie möglich zu machen.

Im Verlauf dieser Abhandlung sollen die Grundlagen des neuen Gesetzes und die Struktur des SGB IX thematisiert werden, die zeitliche Umsetzung, was es für wesentliche Verbesserungen gibt und welche möglichen Nachteile aus der Gesetzesreform zu erwarten sind.

2. Die Geschichte und Entwicklung der sozialen Arbeit

In der Auseinandersetzung mit den Veränderungen in der Gesellschaft und der damit einhergehenden Sozialgesetzgebung unserer jüngsten Zeit lohnt sich ein Blick in die Vergangenheit, um zu verstehen, woher die heutigen Entwicklungen und Haltungen kommen.

Wir können feststellen, dass das Neue nicht so neu ist, sondern alles schon einmal da war und den aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen in ihrer Haltung und Lösungsansätzen angepasst wurde.

„Die Probleme der Gegenwart sind häufig die Konsequenzen aus früheren Problemlösungen." (Prof.Dr. Juliane Sagebiel, FH München, FB Sozialwesen).

Die Entwicklung der Sozialen Arbeit lässt sich an vier Entwicklungslinien gut aufzeigen.

Das Armenwesen existierte in einer hierarchisch und ständisch gegliederten Gesellschaft.

Den untersten Stand bildeten die Armen und Kranken ab. Im allgemeinen Verständnis war anerkannt, dass diese Menschen auf fremde Hilfe angewiesen waren. Dabei wurde nicht zwischen Armen und Kranken unterschieden, sondern nur ihre soziale Lage beschrieben.

Die allgemein gültige Einstellung gegenüber den Bedürftigen beruhte auf der Einstellung, das Armut nicht zwingend Ausdruck von Untüchtigkeit ist, sondern Ergebnis von äußeren Ereignissen und Umständen und damit jeder betroffen sein kann. Somit war das Betteln legitimiert und als Anrecht für die Sicherung des Lebensunterhaltes anerkannt. Den Armen und Kranken war dadurch ein kleines, aber kalkulierbares Einkommen sicher.

Es lassen sich zwei Formen der Unterstützungsleistung unterscheiden.

Zum ersten das Almosenwesen, das durch die christliche Nächstenliebe als Verpflichtung für diejenigen, die im Überfluss lebten, ausging. Es bedeutete gleichzeitig eine Möglichkeit für die, die gaben, Abbitte von begangenen Sünden zu erlangen.

Die karitative Unterstützung wurde durch Klöster, Spitäler, Hospize, aber auch Grundherren, Zünfte und Gesellenbrüderschaften erbracht.

Dabei wurde Hilfe nicht gezielt zur Beseitigung sozialer Notlagen eingesetzt. Armut und Notlagen waren Bestandteil einer religiösen, göttlichen Ordnung, genauso wie die Ständeordnung und die hierarchischen Strukturen. Armut und Not waren anerkannt als Leben im Sinne Jesu. Die Hilfsbedürftigen waren die, an denen die Reichen ihre Hilfsbereitschaft zeigen konnten und die Armen die Empfänger der Almosen. Die Beseitigung von Not und Armut war damit

vorrangiger keine Beseitigung von sozialen Notlagen, sondern beruhte auf religiös motivierter Mildtätigkeit, wobei beide Seiten davon profitierten.

Mit der im Jahre 1307 in Nürnberg geschaffenen Bettelverordnung zeigte sich, dass sich die Einstellung gegenüber der Armut und damit den Armen veränderte. Mit dem Einführen des Bettelzeichens wurden Regeln aufgestellt sowie Bedingungen und Unterscheidungen geschaffen. Es kam zu einer Überprüfung der Bedürftigkeit.

Im Laufe der Zeit wurden die Städte und Gemeinden wirtschaftlich und auch politisch stärker. Sie übernahmen mehr Verantwortung und Entscheidungsrechte der Kirchen und bauten eine kommunale Armenverordnung auf.

Die Industrialisierung läutete einen Paradigmenwechsel in Bezug auf den Zusammenhang und die Bedeutung von Muße / Müßiggang und Armut ein. Wurde diese vorher als unkalkulierbarer Schicksalsschlag angesehen so sah man nun die Armut als selbstverschuldet und individuell verantwortbar an. In Folge dieser veränderten Sichtweise wurden Einrichtungen geschaffen, die auf das Verhalten und die Moral, der in Armut und Bedürftigkeit lebenden Menschen Einfluss nehmen sollte.

Dabei spielten nachweislich bei der Umsetzung karitativer Unterstützung immer Frauen eine tragende Rolle. Das sieht man im Zusammenschluss frommer Frauen in Klöstern, oder Frauen die Spitäler und Hospize betrieben, die auf der christlichen Mildtätigkeit beruhten. Später aber auch Frauen, die aus gesellschaftlichen Rollenmustern ausbrachen und karitative Einrichtungen gründeten. Hier seien Henriette Barnett genannt, die gemeinsam mit ihrem Ehemann in England Toynbee Hill gründete oder Jane Addams und Mary Richmonds in Amerika. Sie gründeten Einrichtungen und Organisationen, um Hilfebedürftigen durch „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu einer selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensgestaltung zu verhelfen. Ebenso zu erwähnen ist Alice Salomon mit der Gründung der ersten Sozialen Frauenschule um in Frauen- und Mädchengruppen soziale Hilfsarbeit in Kinderkrippen. Kindergärten, Waisenhäusern und Krankenanstalten zu leisten und das Wissen zu vertiefen, verstetigen und gesellschaftlich zu etablieren. Gleichzeitig verhalfen sie mit diesen wichtigen Versuchen und Feldforschungen der Sozialen Arbeit zu ihrer Profession.

Im Zuge der Industrialisierung zeigte sich in Deutschland zum Ende des 19. Jahrhunderts eine immer größere Kluft zwischen der stetig größer werdenden Schar der Arbeiterschaft und der Regierung. Das Proletariat organisierte sich gewerkschaftlich und politisch und gab so ihrem Unmut Ausdruck. Die durch Bismarck erkannten großen sozialen Gegensätze veranlassten ihn zur Einführung einer Kranken- und Unfallversicherung im Jahre 1883/1884. Das hatte die Gründung von Krankenkassen und Berufsgenossenschaften zur Folge. Später wurde eine

Rentenversicherung gegründet, die das Auseinanderdriften der sozialen Schere aufhalten und der Unzufriedenheit der Arbeiterschaft den Nährboden entziehen sollte. Langfristige beabsichtigte Bismarck damit die Absicherung der politischen Macht seiner Regierung gegenüber dem immer stärkeren und größer werdenden Proletariat. Diese durchschauten diese Absicht und sahen darin ein Ablenkungsmanöver.

([Internetquelle: https://de.wikipedia.org/wiki/Sozialgesetzgebung])

Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten in Deutschland wurden alle Reformbewegungen der Sozialen Arbeit unterdrückt und Einrichtungen der Wohlfahrtspflege unterdrückt und verboten. Im Jahre 1931 wurde die „Nationale Volkswohlfahrt“ (NSV) als Teil der Parteiorganisation der NSDAP gegründet und anerkannt. Sie sah ihre Aufgabe in der Erziehungsaufgabe und Gesundheitsfürsorge derjenigen, die sich in den Dienst ihrer Sache stellten und setzte die Rassen und Erbgesetzte ihres Regimes vollumfänglich um.

Es wurden im ganzen Land Beratungs- und Hilfsstellen aufgebaut, die ihre politischen Ideologien umsetzten und damit jeden anderen Ansatz von Sozialer Arbeit unterdrückten.

Mit der Zerschlagung des Nationalsozialismus wurde die Möglichkeit geschaffen eine neue politische und soziale Ordnung zu schaffen. Durch Franzosen, Engländer und Amerikaner wurde eine marktwirtschaftlich geprägte Staatsordnung errichtet.

Das Grundgesetz wurde 1948 durch die Deutschen beschlossen.

Mit der Gründung zweier deutschen Staaten differenzierte sich die Sozialpolitik in beiden deutschen Staaten deutlich aus. In der russischen Besatzungszone/späteren DDR wurde eine zentralisierte Staatsordnung geschaffen. Die Befriedigung der Grundbedürfnisse der Menschen wurde staatliche Aufgabe. Dementsprechend waren Gesundheitssystem, Jugendhilfe und Volksbildung auch ein Bestandteil des staatlichen und politischen Systems.

Die Soziale Arbeit entwickelt sich in beiden deutschen Staaten unterschiedlich.

In der BRD lag der Fokus der Sozialen Arbeit immer noch auf der Behebung der sozialen Unterschiede und sozialen Notlagen. Nach 1945 wurde die Soziale Arbeit in Westdeutschland nach vielfältigen Modellen und Ansätzen der Einzelfallhilfe und des „Case Works“ nach zumeist amerikanischem Vorbild wiederaufgebaut. Dabei wurde dieser Ansatz als ein Modell verstanden, das den Klienten als Teil eines sozialen Netzwerkes versteht und die Hilfen entsprechend aus unterschiedlichen Ressourcen, Kompetenzen und Trägern organisiert. Die Organisationen der Wohlfahrtspflege wurden demzufolge wieder hervorgehoben und aufgebaut. (vgl. Prof. Dr.J. Puch, Evangelische Fachhochschule Nürnberg, Fachbereich Sozialwesen)

Mit dem Jugend- und Sozialhilfegesetz, dem Jugendwohlfahrtsgesetz und dem Bundessozialhilfegesetz nahm die Bundesrepublik ihre Verantwortung als demokratischer und sozialer Rechtsstaat wahr und schaffte Gesetze. Der Neuordnung der Sozialhilfe im Jahr 2005 sind die sogenannten Hartz-Reformen vorausgegangen, in denen die Arbeitslosenhilfe und die Sozialhilfe für erwerbsfähige, bedürftige Betroffene zusammengeführt wurden. Die erhoffte Strukturreform ist ausgeblieben und somit wurde die Grundsicherung für Arbeitssuchende im SGB II wieder zurückgeführt. Die Sozialhilfe wurde in eine eigene Hilfeform mit eigenem Gesetzbuch (SGB XII) überführt. Das ist der Ausgangspunkt unserer Betrachtung auf die Veränderungen und Notwendigkeiten des neuen Bundersteilhabegesetzes.

Dabei gewinnt die soziale Arbeit immer mehr an Bedeutung und wird als soziale Profession anerkannt. Ihre Ziele werden wie folgt definiert:

Förderung

- des sozialen Wandels
- der sozialen Entwicklung
- des sozialen Zusammenhalts
- Stärkung und Befreiung der Menschen

„Soziale Arbeit ist eine praxisorientierte Profession und eine wissenschaftliche Disziplin, dessen bzw. deren Ziel die Förderung des sozialen Wandels, der sozialen Entwicklung und des sozialen Zusammenhalts sowie die Stärkung und Befreiung der Menschen ist. Die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, der Menschenrechte, gemeinsamen Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit“ (aus der Definition der Arbeit der IFSW [International Federation of Social Workers])2014

2.1. Prekäre Lebenslagen und soziale Ausgrenzung – soziologische Betrachtungsweise

„Denn Arme habt ihr allzeit bei euch (…)“ (Matthäus 26,11)

Armut ist als eine sozioökonomische Dimension also offenbar eine die Zeit überdauernde Tatsache und gesellschaftliche Dimension, die in direktem Zusammenhang zu individuellen Teilhabe- und Verwirklichungschancen von Menschen steht. (vgl. Ernst-Ulrich Huster, Jürgen Boeckh und Hildegard Mogge Grotjahn, Armut und soziale Ausgrenzung, S. 26 ff.)

Das Nebeneinander von Armut und sozialer Ausgrenzung steht in Widerspruch zu dem in unserer Gesellschaft etablierten Bild von Deutschland als einer Wohlstandsgesellschaft, die durchlässig, wach und mobil ist.

Das gilt aber leider nicht für jeden und alle. Dabei orientieren sich gesellschaftliche Teilhabechancen immer an eigenen aufgestellten sozialen und gesellschaftlichen Normen. Die soziale Ausgrenzung muss demzufolge immer in einem Verhältnis zu diesen Normierungen und Bedingungen definiert und verstanden werden.

Der Lebenslagenansatz von Otto Neurath, Gerhard Weißer und Ingeborg Nansen betrachtet differenziert den Unterschied zwischen gesellschaftlich verursachter Armut und individuell erlebter Armut. Dieser Ansatz definiert und differenziert neben den materiellen Ressourcen der Menschen andere Bereiche, die zu Armut und Ausgrenzung führen können. Das sind

- Erwerbstätigkeit
- Einkommen
- Bildung
- Gesundheit/Krankheit
- Behinderung
- Wohnen
- Familie
- Alter
- Migration
- Gender

So hat zum Beispiel die Erwerbstätigkeit eines Menschen in seiner Lebensbiografie eine Schlüsselposition, sichert sie ihm doch die Möglichkeiten eines selbstbestimmten Lebens, die Verwirklichung seiner Wünsche und Lebensumstände und eine soziale Platzierung. Der dauerhafte oder zeitlich begrenzte Verlust der Erwerbstätigkeit bedeutet im Umkehrschluss daher eine starke Beeinträchtigung bei der Realisierung der Teilhabechancen.

Einkommen ist daher ein zentraler Faktor, um am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können, materielle Armut bedeutet somit immer soziale Ausgrenzung.

Bildung ist ebenso ein elementarer Baustein, der über die soziale Platzierung eines Menschen bestimmt. Daher zielen und zielten viele Maßnahmen in den unterschiedlichen Bildungsbereichen darauf ab, Bildungs- und damit auch Zugangschancen zu verbessern und mehr Bildungsgerechtigkeit herzustellen und Armut und sozialer Ausgrenzung entgegenzuwirken. Ein Mangel an Bildung kann eine Dimension aber auch die Ursache von Armut sein. Das ist heute

umso wichtiger, als das dem formalen Bildungsabschluss eines Menschen gleichzeitig seine Teilhabechancen zugewiesen wird. Die Bedeutung eines guten Bildungssystems innerhalb einer Gesellschaft ist also entscheidend für die Teilhabechancen und soziale Platzierung eines Menschen und gewachsen. Sie stellt aber nur eine mögliche Dimension für Armut und soziale Ausgrenzung dar.

Die Gesundheit ist eine weitere Dimension. Gesundheitliche Nichtbeeinträchtigung gilt als höchstes Gut in der Gesellschaft. Familie, Migration, Altersarmut und auch Behinderung sind alles Faktoren, die Menschen ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erschweren oder gar unmöglich machen. Neben dem sozialen Umfeld bilden sie multidimensionale Lebenslagen der Menschen einer Gesellschaft ab, die direkten Einfluss auf die Armut und soziale Ausgrenzung der Mitglieder einer Gesellschaft haben können. Dabei können diese Lebenslagen intergenerativ weitergegeben werden.

Dabei ist die Behinderung nur eine gesellschaftliche Normierung und Zuschreibung. Der Begriff Behinderung beschreibt im Regelfalle die Defizite eines Menschen und verhindert den Zugang zu Bildung, Arbeitsmarkt, sozialem Leben und gesellschaftlicher Teilhabe, da körperliche und geistige Mobilitätserfordernisse in unserer auf größtmögliche Verwertbarkeit ausgerichtete Gesellschaft nicht erbracht werden können. Armut und soziale Ausgrenzung sind somit als direkte Folgen zu betrachten (vgl. Ernst Ulrich Huster, Jürgen Boeckh und Hildefgard Mogge -Grothjahn, S.30 ff.).

2.2. Die UN – Behindertenrechstkonvention - ein Meilenstein

Um allen Menschen, ob mit oder ohne Behinderung einen uneingeschränkten Zugang zu allen wertvollen Gütern und Leistungen einer Gesellschaft zugänglich zu machen verabschiedete die Vereinten Nationen am 13. Dezember 2016 die UN-Behindertenrechstkonvention (UN-BRK).

Als Vorläufer der UN-BRK gilt der seit 1973 in den USA geltende Rehabilitation-Act, Section 504 und das seit 1990 weltweit weitreichendste Antidiskriminierungsgesetz für Menschen mit Behinderung, der American Disabilities Act (ADA). Im ADA wurde Menschen mit Behinderung ein uneingeschränkter und einklagbarer Zugang zu allen Orten, Einrichtungen, Dienstleistungen und Arbeitsplätzen, die auch Menschen ohne Behinderung zur Verfügung stehen, gewährleistet. Das war zu diesem Zeitpunkt einzigartig.

Mit der Umsetzung der UN-BRK und der Ratifizierung von mehrt als 140 Staaten innerhalb von wenigen Jahren ist sie in der Bundesrepublik Deutschland seit 26.März 2009 zu geltendem Recht geworden (vgl. Degener 2009a).
„Behindertenpolitisch markiert die UN-BRK den Paradigmenwechsel vom medizinischen zum menschlichen Modell“ (Degener 2009b: S.200). Von da an lag das Augenmerk der Gesellschaft nicht mehr auf der Behinderung als solche, sondern auf alle Prozesse, Dimensionen und Systeme, durch die Menschen mit Behinderung ausgegrenzt wurden/werden. Seit spätestens diesem Zeitpunkt ist es Aufgabe der Gesellschaft und Politik, die Umsetzung der UN-BRK und die sich daraus ergebenden Möglichkeiten für alle Menschen zu diskutieren.

Vorausgegangen war dem ein langer Prozess bis hin zu der Einsicht, „dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen und wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern“ (UN – BRK Präambel Abschnitt e)

In der UN-BRK wurde der Behindertenbegriff neu definiert und in diesem Zusammenhang verbindliche Ziele festgelegt.

In Artikel 3 wurden grundlegende Positionen zu Gleichberechtigung, Chancengleichheit, der Nicht-Diskriminierung für Menschen mit Behinderung festgelegt und gleichzeitig die Zusicherung festgeschrieben, dass alle Menschen mit Behinderung das Recht und die Freiheit haben, eigene Entscheidungen zu treffen. Damit wurde die Verwirklichung der Menschenrechte und Chancengleichheit für alle Menschen auf die Gesellschaft übertragen und gefordert.

Dieser neue Ansatz bedeutet eine Abkehr von einer an der Bedürftigkeit der Menschen orientierten Wohlfahrts- und Fürsorgepolitik (vgl. Degener, 2009b: S.201)

Die UN-BRK legt besonderen Wert auf die größtmöglichen Inklusionschancen der Menschen mit Behinderung in das Bildungssystem, wird dies doch als eine Schlüsselposition bei dem Zugang zu politischer, materieller und sozialer Teilhabe betrachtet.

Dabei liegt das Augenmerk auf der Umgestaltung hin zu einem inklusiven System selbst, um „die heterogenen Bildungsvoraussetzungen und Bedürfnisse aller Lernenden zu berücksichtigen und einzubeziehen“ (vgl. Degener 2011, S.1).

Der Auftrag an alle Mitgliedsstaaten ist seither, in geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs- und sonstigen Maßnahmen sicherzustellen, dass die in der UN-BRK anerkannten Rechte für Menschen mit Behinderung in politischen Konzepten und Programmen zur Umsetzung gebracht werden.

Mit Unterschreibung ist seither jeder Vertragsstaat, wie Deutschland verpflichtet unter Ausschöpfung seiner verfügbaren Mittel alle Maßnahmen zu ergreifen, die den Menschen mit Behinderung die volle Verwirklichung ihrer kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Rechte ermöglicht. In diesen Prozess sind die Menschen mit einzubeziehen und die sie vertretenden Organisation anzuhören.

Artikel 19 der UN-BRK sichert den Menschen mit Behinderung zu, ihren Aufenthalts- und Wohnort frei wählen zu können. Gleichzeitig sichert der Artikel ihnen zu, entscheiden zu können mit wem sie zusammenleben wollen. Das bedeutet, das Menschen mit Behinderung nicht verpflichtet werden können in besonderen, für sie geschaffenen Wohnformen leben zu müssen. Sie sollen in sozialräumlicher Umgebung Zugang zu Unterstützungsdiensten haben, wenn nötig eine für sie individuell zugeschnittene Assistenzleistung in Anspruch nehmen können, um ihnen die volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu sichern.

Die UN-BRK hat mit Artikel 27 den Menschen mit Behinderung das Recht auf Arbeit gesichert und damit das Recht, ihren eigenen Lebensunterhalt selbst zu verdienen. Deutschland als Vertragsstaat garantiert den Menschen unter anderem mit Rechten wie dem Behindertenrecht und dem Gleichstellungsgesetz diesen Anspruch. Menschen mit Behinderung, die dieses Recht auf Grund ihrer Behinderung für sich nicht umsetzen können, haben aber uneingeschränkten Zugang zu staatlichen Hilfen bei behinderungsgerechten Aufwendungen und Zugang zu Programmen des sozialen Wohnungsbaus und zu Leistungen und Programmen der Altersversorgung.

2.3. Eingliederungshilfe

Nach § 2 SGB IX sind unter der Eingliederungshilfe alle Leistungen der Sozialhilfe zu verstehen, die der Rehabilitation und Teilhabe der Menschen mit Behinderung dienen, das heißt deren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben durch körperliche, seelische oder geistige Beeinträchtigung dauerhaft eingeschränkt wird (vgl. König/Wolf (2017), S. 5).

Die Eingliederungshilfe umfasst nach §54 SGB XII

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur beruflichen Rehabilitation (sichert Teilhabe am Arbeitsleben)
- Hilfe zur Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen
- Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft
- Schule, Ausbildung und Arbeitsplatz
- Eingliederungshilfe in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe

Nach bisheriger Rechtsauffassung wurde die Eingliederungshilfe in seinen Beziehungen mit Hilfe des sozialrechtlichen Dreiecks dargestellt.

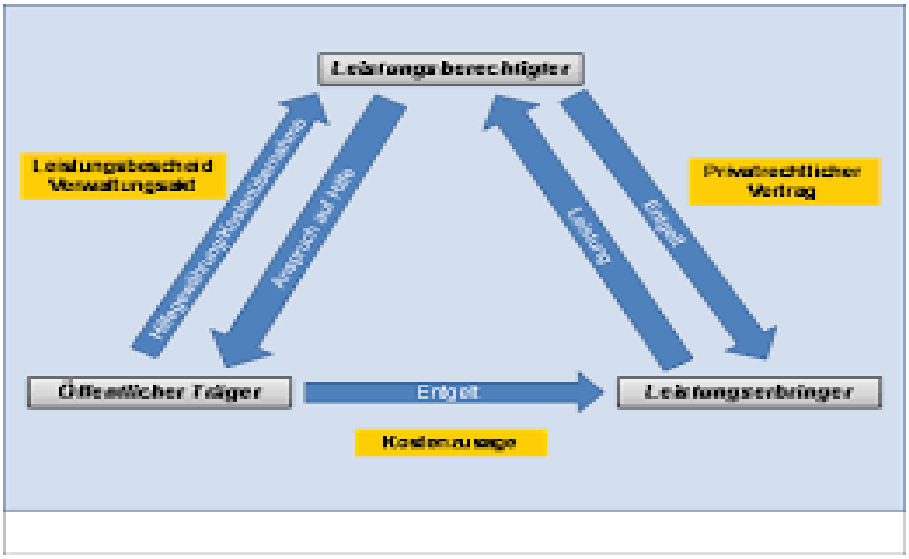


Abb.1 (vgl. König/Wolf 2017, S. 10)

Mit dieser Grafik sollen die wechselseitigen Beziehungen und Abhängigkeiten zwischen Trägern der Leistung, Leistungserbringern und den Empfängern der Leistung dargestellt werden. Dabei ist deutlich zu erkennen, dass Entgelte und damit die Wirtschaftlichkeit eine große Rolle spielen und somit auch den Interessen der Leistungsempfängern entgegenstehen können.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Leistungen der Eingliederungshilfe ist immer die in der Definition für Behinderung festgelegte Bedingung, dass die Beeinträchtigungen bei den Klienten länger als 6 Monate bestehen müssen.

Dann erst besteht ein Rechtsanspruch auf die Leistungen der Eingliederungshilfe.

Zentrale Aufgaben der Eingliederungshilfe sind dann die

- Rehabilitation, das bedeutet die Milderung oder Beseitigung einer vorhandenen Behinderung

  und die

- Prävention, das heißt alle Maßnahmen zur Verhinderung einer drohenden Behinderung.
  Als letzter Punkt zählt dazu die

- Integration der Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft.

3. Inklusion – Einführung

„Inklusion lässt sich nicht einfach verordnen. Sie hängt im Wesentlichen auch von den Einstellungen, Erfahrungen und Vorurteilen ab. Es muss in den Köpfen noch viel passieren, bis wir die Andersheit von Menschen als Gleichheit erleben:“
(Barbara Fornefeld, Professorin für Rehabilitationswissenschaft an der Universität Köln)

Im Kontext immer weiter voranschreitender Ausdifferenzierung moderner Gesellschaftssysteme wurde durch Parsons der Begriff der Inklusion geprägt (vgl. Burzan/ Schimank, S.2, 2002).
In allen Diskussionen, die zum Thema Inklusion geführt werden, wird zwischen einem engen und einem weiten Verständnis unterschieden.
Auf der einen Seite stehen die Verfechter des weiten Inklusionsbegriffes, die keine substanziellen Unterschiede zwischen den Begrifflichkeiten der Inklusion und der Integration sehen, da es im weiteren Sinne in der Verwendung der beiden Begrifflichkeiten immer um die Bildung heterogener Gruppen geht, die in einer guten sozialräumlichen Verortung Unterschiede abbauen können.
Auf der anderen Seite stehen die Vertreter der radikalen Inklusionslehren, diese grenzen sich durch systemische Differenzierungen, eigene Vorgaben und Maßstäbe ab (vgl Expertenkommission Inklusion Mecklenburg-Vorpommer 2012, S. 91 ff.).
In der jüngsten Geschichte hat es immer wieder Modellprojekte gegeben, in denen versucht wurde alle Menschen, insbesondere im schulischen Bereich alle Kinder auch mit schwersten Behinderungen, einzubeziehen.

Diese Projekte wurden schon von Wissenschaftlern wie Georg Feuser in 1980-er Jahren gefordert, gelten aber als gescheitert. Daher darf man in der heutigen Debatte nicht Gefahr laufen hier mit Bewertungen ein Ranking zwischen den beiden Begrifflichkeiten zu erstellen, in dem die Integration hinter die Inklusion gestellt wird. Das wird unter anderem von Herz (vgl. 2011, S.5) als Gefahr gesehen.
Wenn Integration und Inklusion als ein miteinander kooperierendes Spiel aller auf jeweils individuellen Niveau betrachtet und praktiziert wird, sind Unterschiede marginal (vgl. Hinz 2012, S.4). Nach seiner theoretischen Auffassung wird in der Inklusion systemischer gearbeitet unter direktem Einbezug von Heterogenitätskriterien.
Wenn aber Integration nur als eine Möglichkeit mit verschiedensten didaktischen Möglichkeiten und Modelle, die in alle Richtungen offen und durchlässig sind (zum Beispiel die Kontinuum-Modelle) betrachtet wird, dann sind nach Hinz Verständnis die Unterschiede zwischen der Integration und Inklusion sehr groß (vgl. Hinz, 2012, S.41 ff.).
Diese Diskussionen wurden international oft anders geführt und darum auch mit unterschiedlichen Begriffen und Zuschreibungen belegt.
In den angelsächsisch sprachigen Ländern hat sich der Begriff „Inclusion“ durchgesetzt. Unterschieden wird zwischen moderater („Inclusion“) und einer radikalen Form („Full Inclusion“). Bislang haben diese Diskussionen zu keinem gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Konsens geführt. Das zeigt sich in kontroversen Diskussionen zum Beispiel bei Brodkorb/Koch 2012,2013 und Kaufmann/Badar 2013 und Winter/O’Raw 2016.
Die kritische Auseinandersetzung bezieht sich immer auf zu hohe Ansprüche und Erwartungen, und Grenzen bei der Umsetzung und Kapazitäten aller beteiligten Menschen und Systeme hin.
Grundsätzlich wird in der Verwendung beider Begrifflichkeiten aber ein Umbau der Gesellschaft angestrebt, in dem es immer um die Änderung von Sichtweisen und Haltungen geht und die z.B. inklusive Bildung als Menschenrecht betrachtet und damit gleichzeitig den Grundstein für die Veränderung der Gesellschaft legt.

3.1. Inklusion – Begriffsfindung und -bestimmung

Wollen wir uns der Wortbedeutung nähern, schlagen wir im Duden nach und erfahren wir, dass das Wort Inklusion, abgleitet von dem lateinischen Wort „inclusio“, als Synonym verwendet und hat daher mehrere Bedeutungen hat.
- in der Mathematik genutzt in der Mengenlehre, um die Beziehung des Enthaltenseins darzustellen
-in der Mineralogie wird mit dem Begriff die Einschlüsse in Mineralien beschrieben

-die Soziologie nutzt das Wort um das Miteinbezogensein; gleichberechtigte Teilhabe an etwas; Gegensatz Exklusion zu beschreiben

-Anwendung in der Pädagogik deutlich eingegrenzt, nämlich gemeinsame Erziehung beeinträchtigter und nicht beeinträchtigter Kinder in Kindergärten und [Regel]schulen

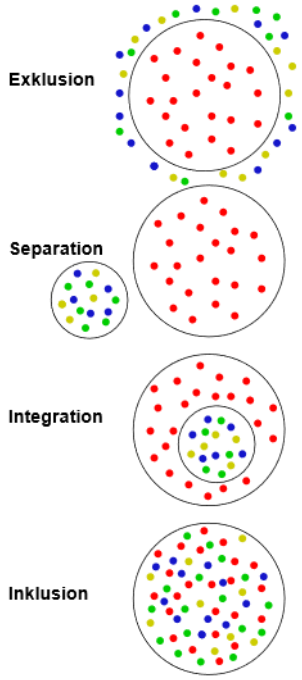
Alle diese Synonyme stehen aber immer in einem Zusammenhang mit etwas einschließen, einbeziehen, Teil etwas zu sein und bedeuten aus soziologischer und pädagogischer Sicht das *Einbeziehen aller Menschen jedweder geistiger und/oder körperlicher Beeinträchtigung, sexueller, sozialer oder religiöser Orientierung sowie sozialer und kultureller Herkunft* (vgl .Büchion-Wilhelm, Jaszus 2016, S.10).

„Grundsätzlich bedeutet Inklusion im Sinne der UN-BRK, gesellschaftliche Teilhabe für alle Menschen in allen Lebensbereichen auf der Basis gleicher Rechte zu ermöglichen.

Dies erfordert an erster Stelle, die Verschiedenheit von Menschen (Diversität) einschließlich ihrer unterschiedlichen körperlichen, kognitiven und seelischen Voraussetzungen als gleichwertig anzuerkennen, und überdies, gesellschaftliche Bedingungen, Maßstäbe und Standards so weiterzuentwickeln, dass sie der Vielfalt der Bevölkerung […] gerecht werden können.

Damit die notwendigen Veränderungen die Interessen und Bedürfnisse beeinträchtigter Menschen von vornherein berücksichtigen, ist deren aktive Mitwirkung (Partizipation) an der Umgestaltung einschließlich der politischen Entscheidungs- und Planungsprozesse – unverzichtbar“

(vgl. Wansig,Gudrun (2015): Was bedeutet Inklusion? Annäherung an einen vielschichtigen Begriff. In: Theresia Degener und Elke Diehl (Hg.): Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe. Bonn: S. 43 – 54, S. 52).



Diese häufig dargestellte und verwendete Grafik soll die Entwicklung von der Exklusion hin zur Inklusion zeigen.

Mit der Ratifizierung und Umsetzung der UN-BRK und der Vorstellung eines nationalen Handlungsplanes in der Bundesrepublik Deutschland zeigt sich in der öffentlichen Diskussion die Vermischung der Begrifflichkeiten der Integration und der Inklusion. Anhand eines falschen Verständnisses werden diese Begriffe oft vermischt und vertauscht. Dabei handelt es sich um zwei komplett konträre sozialpolitische Konzepte, wie die Grafik hier zeigt.

Denn in einem allgemeinen Verständnis bedeutet Integration die Eingliederung in ein Ganzes, die Herstellung einer Einheit aus einzelnen Elementen oder die Fähigkeit einer Einheit, den Zusammenhalt der Teilelemente auf Grundlage gemeinsamer Werte und Normen zu erhalten (vgl.:www.bundeslaenderbeauftragte.de).

Die Integration bedeutet also, dass eine kleinere Gruppe in eine große, weitestgehend homogene Gruppe aufgenommen wird, weg von Exklusion und Separation. Sie bedeutet gleichzeitig das Wegfallen von Ausgrenzung. Dennoch besteht hier ein Überhang von Macht auf Seiten der großen, homogenen Gruppe, die eine gleichberechtigte Teilhabe in der Gesellschaft unmöglich machen.

Im Kontext der Menschenrechte steht Inklusion nicht nur für einen neuen fachlichen Diskurs, die Vorgabe der Inklusion begründet vielmehr ein kritischen Korrektiv für institutionalisiertes Handeln aus der Perspektive des Schutzes von rechten der einbezogenen Bürger*Innen und Adressat*Innen“

(Prof. Dr. Albrecht Rohrmann, Universität Siegen)

In Deutschland wurde im Jahr 1949 in Artikel 1 und 3 des Grundgesetzes folgendes verankert: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“

„Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.“.

Das ist der Maßstab, aber auch gleichzeitig Perspektive und Vision für ein gesellschaftliches Miteinander in uneingeschränkter Gleichberechtigung, Teilhabe und Partizipation für alle Menschen einer Gesellschaft.

Die Inklusion wurde in der Behindertenrechtskonvention mit folgenden Artikeln festgeschrieben:

1. Allgemeiner Grundsatz „inclusion in society“ (Art.3) – „Teilhabe in der Gesellschaft“
2. Einbeziehung in die soziale Gemeinschaft „inclusion in community“ (Art.19) – „Einfach teilhaben“
3. Maßgabe für die Ausgestaltung von Systemen „inclusive education“ (Art.24) und „labour market and work enviroment that is open, inclusive and accessible“ (Art. 27) – „Selbstbestimmung und Gleichstellung“

4. Ziel und Zweck der Habilitation und Rehabilitation „full inclusion and paticipation in all aspects of life!“ (Art.26) – „Inklusion als Menschenrecht“

Aber nicht nur die wissenschaftliche und politische Debatte über die Inklusion steht am Anfang, auch *die Diskussion darüber, ob und wie der Ansatz der BRK für ein umfassendes Verständnis von sozialer Inklusion als einem Menschenrecht weiter zu entwickeln wäre, steht noch am Anfang* (vgl. Ernst-Ulrich Huster, Jürgen Boeckl und Hildegard Mogge-Grotjahn (Hrsg): Armut und soziale Ausgrenzung in Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung, 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage, 2008, 2012, Springer VS).

Die gemeinsame Weiterentwicklung wäre aber folgerichtig und anschlussfähig an das Verständnis von „Sozialer Arbeit als Menschenrechtsprofession“, gleichzeitig für das sozialanwaltliche Mandat aller Sozialarbeiterinnen in einer Trias zwischen Auftraggebern, Klienten und ihren Organisationen. Die hier professionell Tätigen sollen ausgestattet sein mit besonderen Kompetenzen wie Reflexions- und Eingriffskompetenz, welche sie ebenso als Teil des wohlfahrtsstaatlich garantierten Handelns wie als Akteure außerhalb des Kanons staatlicher Funktionssysteme als deren kritisch-analytische Wächter markiert. (vgl. Silvia Staub Bernasconi)

3.2. Inklusion – Exklusion

Moderne Gesellschaften haben sich aus systemtheoretischer Perspektive aus vielen ausdifferenzierten Teilsystemen, wie zum Beispiel Wirtschaft, Kunst, Politik und Bildung entwickelt und sind daher als mehrdimensional zu verstehen.

Diese Ausdifferenzierung moderner Gesellschaftssysteme muss daher als Basis für die Tragfähigkeit und Leistungsfähigkeit dieser Gesellschaften verstanden werden.

Dabei funktionieren all diese Teilsysteme nach einer eigenen Logik. Dass ist insofern problematisch, da jedes Funktionssystem nur seine Leistungen zur Verfügung stellen kann und nicht die der anderen Teilsysteme (vgl. Windorf 2009: S.12)

Der Begriff der Inklusion beinhaltete folglich, dass der Vorgang der gesellschaftlichen Modernisierung mit „einer – vor allem auch rechtlich gewährleisteten – Universalisierung des Zugangs der Gesellschaftsmitglieder zu den verschiedenen gesellschaftlichen Teilsystemen (vgl. Burzian/ Schimank) einhergeht.

Dieser All-Inklusionsanspruch an moderne Gesellschaftssysteme (vgl. Kron 2002: 2) an den Leistungen der Gesellschaft besteht damit für jeden ohne Berücksichtigung sozialer Herkunft. Das soziale Millieu, das gekennzeichnet ist vom Bildungsstand eines Menschen, seinem Einkommen, seiner Religionszugehörigkeit, seinem Gesundheitszustand stellt heute kein Kriterium mehr dar, das über das Wahlrecht (Inklusion in das Politiksystem) bestimmt (vgl. Burzian/Schimank, 2001:2f).

Das bedeutet, dass allen Menschen, unabhängig von der sozialen Herkunft, alle der Gesellschaft zur Verfügung stehenden Leistungen frei zugänglich sein müssen.
Bezugnehmend auf Parson wurde durch Luhmann das Begriffspaar Inklusion und Exklusion als Differenzierungsweise etabliert.
Dabei unterliegen die Gesellschaftliche Teilhabe (Inklusion) und die Ausgrenzung (Exklusion) ihren eigenen Regeln und schreiben sich in der steten Ausdifferenzierung stetig fort.
„Mit dem Modi der Inklusion beschreibt die Gesellschaft das, was sie als Teilnahmebedingungen setzt und als Teilhabechance in Aussicht stellt." (vgl. Luhmann 1995:S.262). Dabei kann die Inklusion in jedes der ausdifferenzierten Gesellschaftssysteme anders ausgestaltet werden.

Die Exklusion wird als Nebeneffekt der Inklusion betrachtet und „ist demgegenüber das, was unmarkiert bleibt, wenn die Bedingungen und Chancen der Inklusion formuliert werden" (ebd:S.262)
Damit bedingt Inklusion gleichzeitig Exklusion, weil „in der Moderne keine dauerhafte Inklusion in ein Funktionssystem vorgesehen ist und stattdessen Inklusion in verschiedene Funktionssysteme notwendig ist" (vgl. Müller, Matthias 2017:S.49)
Inklusion und Exklusion sind demnach als ein flexibles Konzept zu verstehen, in dem die Inklusion in ein Funktionssystem gleichzeitig die Exklusion aus einem anderen Funktionssystem bedeuten kann (vgl. Farzin 2006). Inklusion und Exklusion sind in der funktionalen Logik begründet und hängen immer zusammen.
Dabei beschreiben die beiden Begriffe also die Teilhabe oder den Ausschluss aus den gesellschaftlichen Funktionssystemen, Exklusion kann aber zusätzlich den Fokus darauf setzen zu zeigen, wo die gesellschaftlichen Systeme nicht funktionieren und damit auf die Gefahr des Ausschlusses von der gesellschaftlichen Teilhabe.
Folglich sollte eine Gesellschaft aber in der Lage sein „extreme Ungleichheiten in der Verteilung öffentlicher und privater Güter zu erzeugen, zu tolerieren" (Luhmann 1995:S.249) und im besten Falle auszugleichen.

3.3. Begriffsbestimmung Behinderung

Für wen ist Inklusion eigentlich gedacht? Und wofür ist Inklusion notwendig?
Wo Inklusion notwendig ist, da gab es auch so etwas wie Exklusion, gar so etwas wie gezielte Ausgrenzung.

Aus dem geschichtlichen Kontext wissen wir, dass es für Teilhabe und Ausgrenzung unterschiedliche Dimensionen gab. Einmal das Verständnis aus dem angelsächsischen Sprachraum „underclass“, beschreibt es ebenso wie das aus dem französischsprachigen Raum genutzte „exclusion“ den Zustand von Ausgrenzung.
Dabei liegen gestern wie heute die Ursachen für soziale Ausgrenzung immer in Armut, Krankheit und Behinderung. (vgl. Kronauer 2010)
Der direkte Zusammenhang von Armut, Krankheit und Behinderung und deren Folgen haben es notwendig gemacht, sich mit einem Gegenentwurf auseinanderzusetzen, der auf gesellschaftliche Teilhabe für alle Menschen setzt. Denn wenn alle dabei sein können, ist es normal auch verschieden zu sein. Das als ein Gewinn für alle Menschen zu sehen ist ein Gewinn für die Gesellschaft und erfordert eine Auseinandersetzung mit Begriffen wie Behinderung.
Nach § 2 Abs.1, SGB IX sind Menschen behindert, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihrer gesellschaftliche Teilhabe am Leben beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn eine derartige Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ (vgl.: Nomos Gesetze 2016/2017, S. 1847).
Laut Statistik fällt jeder 8. Bundesbürger unter diese Definition. Die Tendenz ist sogar eher steigend.
Folgerichtig stellt sich die gesellschaftliche Frage, wie Ausgrenzung zu verhindern und gesellschaftliche Teilhabe sicher zu stellen ist. Denn „niemand darf in Deutschland wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“ (vgl.: Nomos Gesetze 2016/2017, S. 968)
Diese Debatte muss in der Wissenschaft, in der Politik und der Gesellschaft für jeden achten Bundesbürger geführt werden, damit Inklusion nicht nur eine Theorie bleibt, sondern im besten Falle eine Haltung wird und eine Chance für die Gesellschaft.
Barrierefreiheit, gleicher Zugang zu Bildung für alle, gesellschaftliche Teilhabe durch Teilhabe am Arbeitsleben und soziale Teilhabe für alle als gesellschaftliches Selbstverständnis, ermöglichen Perspektiven für alle und erkennen unsere Gesellschaft als „divers“ an.
Darum muss die Wissenschaft einen Diskurs führen, um Inklusion als einen Prozess weiterzuschreiben und der Politik einen Orientierungsrahmen zu setzen. Interessenverbände müssen Lobbyarbeit machen und somit die Gesellschaft umbauen, denn Inklusion ist nicht als etwas Starres zu verstehen, sondern „in der Erkenntnis, dass das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Behinderung und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern“
(vgl. Professor Dr. Albrecht Rohrmann, Universität Siegen)

3.4. Der Inklusionsindex – Didaktischer Ansatz

Winter und O'Raw sagen es stelle sich die Frage, ob sich Inklusion nur auf Menschen mit Behinderung bezieht und teilen ihre Meinung mit Booth und Anscow, die Begründer des Indexes für Inklusion. Damit vertreten sie ein breites Verständnis für Inklusion.

„The view of inclusion in the Index is a broad one. It is concerned with minimising all barriers to learning and participation, whoever experiences them and wherever they are located within the cultures, policies and practices of a school." (vgl. Booth und Anscow, 2000)

Inklusion findet unterschiedliche disziplinäre Zugänge, Booth und Anscow haben sich bei der Entwicklung des Indexes für Inklusion auf den Zugang Pädagogik/Sonderpädagogik konzentriert.

In Deutschland wurde mit der reformpädagogischen Bewegung in den 1970-er Jahren die Haltung vertreten, das separate Beschulung von Menschen mit Behinderung in separaten Einrichtungen erfolgen soll, um sie besser und gezielter fördern zu können. Außer Acht gelassen wurde hierbei der Aspekt des sozialen Lernens, die Identitätsentwicklung jedes Einzelnen und die soziale Distanz, die einer gesellschaftlichen Integration entgegenstehen. Um Heterogenität und Homogenität in einer Gesellschaft herzustellen und eine Haltung zu formen ist es für eine Gesellschaft wichtig, die Diversität zu nutzen und Barrieren und Hindernisse mit dem Blick auf alle Menschen in einer Gesellschaft zu reduzieren. (vgl. http://www.inklusionspaedagogik.de/index.php/index-fuer-inklusion)

2011 hat Tony Booth eine dritte, überarbeitete Version des Index für Inklusion herausgegeben. In weiterer Folge wurde der Index für Inklusion für Kindertageseinrichtungen, aber auch als Index für die Umsetzung auf kommunaler Ebene entwickelt. Daran waren verschieden Gruppen und Vereine, wie zum Beispiel der Deutsche Verein beteiligt (vgl. Montag Stiftung (Hrsg.). (2011). Inklusion vor Ort. Der kommunale Index für Inklusion – ein Praxishandbuch. Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge).

Die Ausdehnung, Weiterentwicklung und Fortschreibung beziehen sich auf die 3 Dimensionen der Inklusion, nämlich

1. Inklusive Strukturen etablieren
2. Inklusive Praktiken entwickeln
3. Inklusive Kulturen schaffen

und lässt sich somit als einen gesamtgesellschaftlichen und großen politischen Anspruch formulieren.

Der Index für Inklusion ist dabei ein hilfreiches Werkzeug, das darauf abzielt, lernen und Teilhabe in dem disziplinären Arbeitsfeld der Bildung weiter zu entwickeln. Als Schlüsselkonzepte gelten dem Index Begrifflichkeiten wie „Inklusion", „Barrieren für lernen und Teilhabe", „Res-

sourcen für die Unterstützung von Lernen und Teilhabe“ und „Unterstützung von Vielfalt“. Anhand von festgelegten Indikatoren wird der Ist-Zustand analysiert und verglichen mit dem Zustand, zu dem man idealerweise, kommen will. Dabei bedeutet Inklusion ein nicht endender Prozess mit immer neuen Fragestellungen und ein Ideal, das nie erreicht werden kann/sollte. Inklusion und inklusive Qualität wird allein durch diesen Prozess angestoßen und spürbar und damit der Weg in eine vorurteilsfreie Gesellschaft und Teilhabe für alle Menschen gleichermaßen, ohne Unterscheidungen, ermöglicht. (vgl. http://www.eenet.org.uk/resources/docs/Index%20German.pdf, S. 10)

3.5. Inklusion als sozialstaatliches Prinzip - Ausblick für Deutschland

Mit der Festschreibung im Artikel 20 Abs.1 des Grundgesetztes, das gleichzeitig die Verfassung der Bundesrepublik Deutschland darstellt, erhielt der Staat einen eindeutigen Auftrag.
„(1) Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.“
(https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_20.html)
Fortfolgende Artikel und darauf aufbauende Gesetze unterliegen damit aber dem, was man auch Sozialstaatsprinzip oder Sozialstaatsgebot nennt.
Damit wird allen Bürgern dieses Landes eine rechtlich gesicherte Freiheit zugesichert, der den Staat mit seinen öffentlichen Organen gleichzeitig verpflichtet nach sozialen Gesichtspunkten zu handeln und seine Gesetzte danach auszurichten,
Getragen wird das Ganze durch das Wirtschaftssystem und den Steuern und Abgaben, die daraus generiert werden. Daher auch die Bezeichnung Soziale Marktwirtschaft, wobei der Staat den Ordnungsrahmen vorgibt.
Ergänzt wird dies durch das Sozialstaatsprinzip, in dem in Unterpunkten festgelegt wurde, was die rechtlich garantierte Freiheit für jeden Menschen in Deutschland konkret bedeutet.
Elemente des Sozialstaatsprinzips können insoweit folgendermaßen konkretisiert werden:

- Sicherung des soziokulturellen Existenzminimums bei Hilfebedürftigkeit durch einklagbare Rechte auf Hilfe durch den Staat, in Deutschland durch die Sozialhilfe, das Arbeitslosengeld II und die Grundsicherung
- Ermöglichung der Mitgliedschaft in einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Unfallversicherung unabhängig vom Einkommen.
- Daseinsvorsorge
- Schutz der Familie
- Herstellung von Chancengleichheit bei beruflichen Zugangsvoraussetzungen (soziale Gerechtigkeit)

- Staatliche Interventionen, wenn erkennbar wird, dass nachteilige Nebenwirkungen die marktwirtschaftlich orientierte Wirtschaftsordnung unterlaufen, letztlich mit dem Ziel der Gewährtragung für wirtschaftlichen Wohlstand.

(https://de.wikipedia.org/wiki/Sozialstaatsprinzip)
Letztlich soll dieses Prinzip allen Menschen Teilhabe garantieren, ohne dabei die Selbstverantwortlichkeit und Selbstaktivierung der Menschen ausgeschlossen wird, sie wird sogar gefordert.
Aus den Anforderungen dieses Prinzips erwuchsen Diskussionen, wissenschaftliche und politische Auseinandersetzungen, die die Inklusion als einen methodisch didaktischen Ansatz sahen, allen Menschen den gleichen Zugang und Teilhabe am Leben zu ermöglichen.
Durch die Ratifizierung der UN-BRK Deutschlands bekam die Umsetzung dieses Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung eine rechtliche Verbindlichkeit und wird daher zu einem wichtigen Meilenstein für die gesamte Gesellschaft.
Unterstützt durch Lobbyverbände, wie zum Beispiel „Aktion Mensch“, aber auch die „Gesellschaft für Inklusion“ und „einfach teilhaben“. Das Netzwerk für Menschenrechte, das durch verschiedene politische Ebenen ihre Aufträge erhält, begann ein Neuaufbruch und es kam eine starke Dynamik in den Prozess. Der oft von vornherein negativ besetztem Begriff der Behinderung soll nicht das Normativ sein, sondern ein gemeinsames und gleichberechtigtes Leben aller Menschen, ob mit oder ohne Behinderung in der Gesellschaft, ermöglicht werden.
Der erste Nationale Aktionsplan, der durch das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung erarbeitet und 2011 veröffentlicht wurde, war darauf gerichtet, die Inklusion von Menschen mit Behinderungen in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit systematisch und querschnittsmäßig zu verankern.
Die zweite Auflage des Nationalen Aktionsplanes – kurz NAP 2.0 – zur weiteren Umsetzung des UN-Behindertenrechtskonvention wurde im Juni 2016 durch die Bundesregierung verabschiedet.
Dabei ist die Inklusion das bestimmende Element bei der Umsetzung der UN-BRK sowie aller weiteren Aktionspläne und Gesetze auf Länderebene.
Aktionsbündnisse und Lobbyverbände, wie zum Beispiel die Deutsche Gesellschaft für Menschenrechte, aber auch die Betroffenen selbst, überprüfen und evaluieren den Prozess und die Umsetzung, melden an die Politik auf kommunaler und nationaler Ebene, um diesen Prozess der Inklusion der Menschen mit Beeinträchtigung weiter zu schreiben. Denn Inklusion ist bewegt und bewegt, um Barrieren in den Köpfen abzubauen und Werte wie Diversität und Inklusion in den Köpfen aller zu implementieren.
(https://www.behindertenrechtskonvention.info/inklusion-3693/)

Im Anschluss daran entstanden viele Veränderungen, Anpassungen, Verordnungen in der Sozialrechtsgebung wie dann letztendlich das Bundesteilhabegesetz ab der Umsetzung der ersten Reformstufe 2017, die den Fokus auf die Beseitigung von Barrieren und Hemmnissen in allen Bereichen für alle Menschen schaffen sollen.

4. Das Bundesteilhabegesetz

Seit der Verpflichtung Deutschlands 2009, die UN-Behindertenrechtskonvention umzusetzen benötigter die Politik fast ein Jahrzehnt, um ein Gesetz zu erarbeiten, das mehr Möglichkeiten und mehr Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderung ermöglicht.
Bereits im November 2013 haben CDU, CSU und SPD in ihrem Koalitionsvertrag festgeschrieben, ein Gesetz für mehr Teilhabe, zu schaffen.
Mit der Anerkennung und Ratifizierung der zweiten Auflage des zweiten Aktionsplanes zur UN-BRK (NAP 2.0) am 28. Juni 2016 durch das Bundeskabinett brachte die Regierung die Inklusion von Menschen mit Behinderung in einem Aktionsplan durch gezielte Maßnahmen weiter voran. Ziel dieses Planes war es, Bedingungen für Menschen mit Behinderung in allen Lebensbereichen zu schaffen. Diesen Menschen zu ermöglichen ihren Aufenthaltsort selbst zu wählen und entscheiden zu können, wo und mit wem sie leben, ihre Begabungen und Fähigkeiten zu entfalten und ihren Lebensunterhalt durch frei wählbare Arbeit verdienen zu können (vgl. BMAS NAP 2017{Internetquelle}).
Das Bundesteilhabegesetz soll also gemäß der UN-BRK eine inklusive Gesellschaft fördern und das deutsche Recht in Übereinstimmung mit den Vorgaben der UN-BRK weiterentwickeln. Mit der Einführung des BthG wird dadurch die Eingliederungshilfe grundlegend reformiert und konsequent personenzentriert ausgerichtet. Damit stellt das BthG die größte Reform für Menschen mit Behinderung seit Einführung des Neunten Sozialgesetzbuches dar.
Während die Eingliederungshilfe bis dato ein Bestandteil im SGB XII war, wird sie nun durch das Bundesteilhabegesetz in das SGB IX (Rehabilitation von Menschen mit Behinderung aufgenommen.

Wesentliche politische Treiber für die Einführung und Umsetzung des BthG waren:

1. Es ist das größte sozialpolitische Reformvorhaben der Bundesrepublik
2. Eingliederungshilfe soll zu einem moderne Teilhaberecht entwickelt werden gemäß den Vorgaben aus der UN-BRK
3. Leistungen sollen sich ausschließlich an dem persönlichen Bedarf von Klienten orientieren und durch ein bundeseinheitliches Verfahren personenbezogen ermittelt werden und damit transparenter werden
4. Die Teilhabesituation von Menschen mit Behinderung soll umfassend verbessert werden
5. Ein Wunsch – und Wahlrecht für Menschen mit Behinderung muss neu implementiert und gestaltet werden
6. Die Kommunen sollen bei den Kosten der Eingliederungshilfe dabei entlastet werden (Entsäulung und Zusammenarbeit)

(vgl. {Internetquelle} Curacon)

Das Gesetz wurde am 23.Dezember 2016 durch den Bundestag beschlossen und auf den Weg gebracht.

Das umfangreiche Gesetzespaket tritt und trat bereits in Teilen in Kraft und besteht aus drei großen Teilen.

In Teil eins sind die Regelungen für Menschen mit Behinderung und für Menschen, die von Behinderung bedroht sind, verortet.

Im Teil zwei lassen sich die Regelungen finden, die die besonderen Leistungen für eine selbstbestimmte Lebensführung für Menschen mit Behinderung regeln. Das sogenannte Eingliederungshilferecht.

Im dritten Teil des BthG finden sich die besonderen Regelungen zur Teilhabe für Menschen mit Schwerst- bzw. Mehrfachbehinderungen, das sogenannte Schwerbehindertenrecht.

Damit wird das SGB IX zum neuen Normativ für alle Träger von Rehabilitationsträgern für die Eingliederungshilfe und orientiert sich an den Inhalten und Bedeutung von Gleichberechtigung und Inklusion.

Die Eingliederungshilfe orientiert sich von nun an bei der Unterstützung von Menschen mit Behinderung an deren individuellen Bedarfen und nicht mehr an einer, wie zuvor zugewiesenen Wohnform, die ihnen den Zugang zu bestimmten Leistungen verwehrt. Damit wird das Leistungsrecht der Eingliederungshilfe, das bis dato überwiegend einrichtungszentriert war, zu einer personenzentrierten Leistung umgewandelt.

Aus diesem Grund wurde das Vertragsrecht hier angepasst und mit dem § 95 SGB IX

die Träger der Eingliederungshilfe verpflichtet, die personenzentrierte Leistung für alle Leistungsberechtigte unabhängig vom Ort der Leistungserbringung sicherzustellen. Es wurde fest-

geschrieben, dass hierfür das Vertragsrecht zu nutzen ist. Der Einrichtungsbegriff wurde entfernt und bisher bestehende Regelungen an die neuen Anforderungen und Ausrichtung angepasst.
Um die Umsetzung des neuen Gesetzes zu garantieren, wurden in der Zwischenzeit Landesrahmenverträge (§135 SGB IX) bzw. Übergangsvereinbarungen beschlossen um einen Orientierungsrahmen für Vereinbarungen zwischen den Trägern der Eingliederungshilfe und der Vereinigung der Leistungserbringer bzw. zwischen Leistungserbringern und Klienten, zu schaffen.(Übersicht über den Umsetzungsstand Landesrahmenverträge ohne Übergangsvereinbarungen als Anlage 1.)
Wo Vereinbarungen wie Landesrahmenverträge bereits getroffen wurden, die von der Beschreibung der Leistung bis zur Kalkulation und Vergütung transparent nachvollziehbar sind, können nun auch auf der Ebene eines konkreten Angebotes Verträge abgeschlossen werden. In diesen schriftlichen Vereinbarungen zwischen dem Träger der Leistung und dem Leistungserbringer sind von nun an Inhalt, Umfang und Qualität einschließlich Benchmarks zur Überprüfbarkeit der Leistungen festgelegt und die Höhe und Art und Weise der Vergütung hierfür geregelt.
Die personenzentrierte Ausrichtung orientiert sich auf der Ebene der Klienten an der ihren individuell erforderlichen Bedarfen und ist nicht mehr, wie bisher an eine bestimmte Wohnform geknüpft.
Die reformierte Eingliederungshilfe des SGB IX regelt somit nur noch die Erbringung von Fachleistungen an den individuellen Bedarfen der Klienten orientiert und modularisierten Leistungen die über ein Gutachten und gesamtplanverfahren mit den Klienten gemeinsam festgelegt und schriftlich vereinbart werden.

Die Menschen mit Behinderung sollen dann Leistungen „wie aus einer Hand“ erhalten und müssen lediglich einen Antrag stellen, auch wenn diese über unterschiedliche Sozialhilfeträger erbracht werden (vgl. König/Wolf 2017, S.6).

4.1. Begriffsbestimmungen aus dem SGB IX

Im §1 SGB IX wird die Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wie folgt festgestellt:
„Menschen mit Behinderung oder von einer Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“

Das alte bisherige Leistungsrecht wurde zum 31.12.2019 außer Kraft gesetzt und in dieser Definition hinzugefügten Begriff „wirksame“ ergänzt. Das soll allen Menschen den gleichen Zugang zur Gesellschaft ermöglichen und damit Gleichberechtigung herstellen.
Im § 4 SGB IX werden die Leistungen zur Teilhabe weiterhin als Rehabilitationsleistungen für alle und als ein Rechtsanspruch beschrieben und im § 5 des SGB IX die Leistungsgruppen festgelegt. „Zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden erbracht:

1. Leistungen der medizinischen Rehabilitation
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
3. Unterhaltssichernde oder andere ergänzende Leistungen
4. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
5. Leistungen zur Teilhabe an Bildung
6. Leistungen zur sozialen Teilhabe „

Im § 102; § 109-110 Kap 3; § 111 Kap.4; § 112 Kap.5 und § 113-116 Kap.6 SGB IX werden parallel dazu die Leistungen der Eingliederungshilfe näher beschrieben.
Weitere besondere Leistungen und Aufgaben zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderung sind im § 90 SGB IX festgelegt und stellen den Rechtsanspruch als Eingliederungshilferecht dar. Hier gilt auch das Subsidiaritätsprinzip und stellt sicher, dass Eingliederungshilfe gezahlt wird, sofern andere Träger von Rehabilitationsleistungen nicht zahlen. Dieser Anspruch ist einklagbar. Die Zuständigkeit wird nach Antragstellung durch den Bedürftigen oder eines durch ihn Bevollmächtigten oder gesetzlichen Betreuer geprüft und bei Bedarf entsprechend weitergeleitet. Die schriftliche Antragstellung ist dabei ein Erfordernis, es gibt aber keine Formvorschrift für die Stellung eines Antrages.
Damit soll sichergestellt werden, dass das Leistungsangebot für alle Menschen das gleich ist (Prinzip gleichberechtigten Zugangs zur Teilhabe an gesellschaftlichen Leben).
(Antrag auf Eingliederungshilfe Landkreis Mecklenburgische Seenplatte Anlage 2)

4.2. Ziele und Personenkreis des BthG

Zielsetzung ist es, die Entwicklung von Menschen mit Behinderung an einer personenzentrierten Bedarfsfeststellung und damit einhergehend modularisierten Leistungsgestaltung teilhaben zu lassen. Für die methodische Umsetzung ist ein enges, partizipatives Fallmanagement erforderlich. Dabei sollen sozialräumliche Bezüge und Ressourcen und Leistungen genutzt werden und Zielvereinbarungen zwischen den an der Hilfe Beteiligten getroffen werden.

Außerdem soll auf der Ebene der mit der Eingliederungshilfe verbundenen Systeme eine bessere und stärkere an den Bedarfen der behinderten orientierte Zusammenarbeit und Koordinierung der Rehabilitationsträger erreicht werden um den Klienten zu vermitteln, er bekommt seine Leitung aus einer Hand. Auf kommunaler Eben soll das BthG eine finanzielle Entlastung für die Kommunen entlasten und einer Ausgabendynamik entgegenwirken (vgl. Abschlussbericht BMAS 2017 {Internetquelle]). ({Internetquelle} Entwicklungsprojekt Leistungsmodule Mittelfranken, Michael Schubert, Jörg Dennhöfer)
Inhaltlich folgt das neue BthG damit dem Verständnis einer inklusiven Gesellschaft. Sozialwissenschaftlich orientiert sich die individuelle Lebensplanung und -gestaltung zur Stärkung der sozialen Teilhabe an den Sozialräumen der einzelnen Klienten und damit einer Forderung der Schwerbehindertenvertretungen, stärkt diese in ihrer Arbeit und Mitwirkungsmöglichkeiten. So können Anreize für den allgemeinen Arbeitsmarkt gefunden und gepflegt werden, das verbessert den Zugang zu den Leistungen zur Teilhabe an Bildung und Arbeitsmarkt. Das wiederum vermeidet Erwerbslosigkeit und schafft einen Gestaltungsrahmen für Übergänge in die Eingliederungshilfe. Durch die unabhängige Teilhabeberatung, die jedem Klienten durch das Gesetz zuerkannt wird, können Klienten, ihre Vertrauenspersonen oder aber ihre gesetzlichen Betreuer einen besseren Überblick erlangen über Leistungsträger, Leistungserbringer und erhalten damit eine deutlich stärkere Position.
Der Markt wird deutlich transparenter, übersichtlicher, vergleichbarer, Konflikte über Zuständigkeiten und doppelte Leistungen schaffen ganz viel Klarheit und Steuerungsfähigkeit für jeden Beteiligten.
(Übersicht Leistungsgruppen Anlage 3)

4.2.1. Neudefinition des Behindertenbegriffes

Grundlage für einen Leistungsanspruch nach dem SGB IX ist eine Definition des Begriffs Behinderung.
Nach § 2 Abs. 1 SGB IX lautet die Definition wie folgt:
„Menschen mit Behinderung sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate hindern können.
Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“

Mit der Neudefinition des Behindertenbegriffs wird eine grundlegende Forderung der Interessenverbände für Menschen mit Behinderung sowie die Anforderung der Begriffsbestimmung der UN-BRK umgesetzt. Die Feststellung der individuellen Bedarfe für die Hilfen der Menschen mit Behinderung soll sich daher künftig am bio-psycho-sozialen Modell orientieren.
In § 118, Abs. 1 SGB IX ist festgeschrieben, dass die Ermittlung eines persönlichen Bedarfs von Leistungsberechtigten durch ein Instrument erfolgen muss, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientiert.
Die Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit sind in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, der International Classification of Functioning, Disability and Health – kurz ICF, der WHO festgelegt.
Dabei wurde die Wechselwirkung der funktionalen Gesundheit einer Person als Ergebnis als direkten Zusammenhang mit personenbezogenen und Umweltfaktoren betrachtet. (grafische Darstellung bio-psychosoziales Modell Anlage 4)
In den jeweiligen Landesrahmenverträge der Bundesländer bzw. in den bestehenden Übergangsvereinbarungen wird genauer das entsprechende Instrument zur Umsetzung festgelegt.

4.2.2. Systemumstellung - die Trennung von Leistungen

Mit der Umstellung und Neuverortung der Eingliederungshilfe ins SGB IX steht der Mensch mit Behinderung mit seinem Recht auf Selbstbestimmung und individueller Lebensplanung im Mittelpunkt aller Maßnahmen. Diese personenzentrierte neue Ausrichtung bildet die Grundlage für die Neuausrichtung der Eingliederungshilfe.
„Ziel der Rehabilitation ist,…Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit oder bestimmte Aktivitäten des Lebens möglichst in einer Art ausüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden.“ (vgl.Hauffe SGB Office Professionel“)
Diese Zielstellung ist übertragbar auf alle Leistungsgruppen der neuen Eingliederungshilfe. Aus der Zielstellung generiert sich automatisch eine Leistung, die beiden stehen in wechselseitiger Beziehung zueinander. Denn verändert sich die Zielstellung muss die Leistung angepasst werden.
Im Mittelpunkt stehen hier die reinen Fachleistungen, wie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben, die Teilhabe an Bildung, die soziale Teilhabe und die ergänzenden bzw. unterhaltssichernden Leistungen.
Leistungen zum Lebensunterhalt werden zukünftig, unabhängig von den Leistungen der Eingliederungshilfe, über die Leistungen zur Existenzsicherung aus dem SGB XII oder dem SGB II, unabhängig von der gewählten Wohnform gewährt (vgl. Walhalla 2017, S. 23).

Diese besonderen Leistungen für eine selbstbestimmte Lebensführung für Menschen mit Behinderung wurde im SGB IX verortet und stellt damit sozialhilferechtliche Vorschriften dar. Aus ehemaligem Leistungsrecht, das unübersichtlich für Klienten und auch kommunale Träger war und somit oft im Ermessen ausgeübt wurde, ist ein Leistungsgesetz geworden. Die Ansprüche, die sich nach Einzelfallprüfung für jeden hieraus ergeben, sind damit einklagbar.
Bei der Forderung nach einer personenzentrierten Leistung ist eine Vorgabe der neuen Gesetzgebung, allen Klienten den Zugang zu einer unabhängigen Teilhabeberatung zu ermöglichen. Diese Beratungsstellen werden durch die kommunalen Träger zumeist an Träger der öffentlichen Fürsorge übergeben und an jedem Ort ermöglicht.
Mit dem in §§ 141 – 145 SGB IX festgelegten Gesamtplanverfahren wird durch die Träger der Eingliederungshilfe die individuelle Bedarfsermittlung durchgeführt.
Nach § 13 Abs. 2 SGB IX soll in der Bedarfsermittlung

1. Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe
2. Die Zielsetzung von Teilhabeleistungen
3. Die zur Zielsicherung erforderlichen Leistungen

festgestellt werden.
In § 19 Abs. 2 SGB IX ist beschrieben, wie ein Teilhabeplan zu erstellen ist und was beschrieben sein muss. Das sind unter anderem:

1. Der individuelle Rehabilitationsbedarf
2. Erreichbare und überprüfbare Teilhabeziele, die dokumentiert und fortgeschrieben werden sollen

Zudem ist hier vermerkt, das unter Berücksichtigung eines Wunsch- und Wahlrechts eines jeden Klienten die Leistungsausführung durch ein persönliches Budget ermöglicht werden soll.
Ziel dieses Paradigmenwechsels und der damit getroffenen Maßnahmen
ist eine bessere Zusammenarbeit zwischen den Rehabilitationsträgern und allen in der Eingliederungshilfe verbundenen Systeme.
„Die bisherigen Grundsätze für alle Rehabilitationsträger werden reformiert, mit der Absicht, ihre Zusammenarbeit in einem weiterhin gegliederten Sozialleitungssystem zu stärken.
Zentrale Kapitel regeln die Bedarfserkennung und -ermittlung, die Zuständigkeitsklärung und Koordinierung der Leistungen mit einer gestiegenen Verantwortung des leistenden Reha-Trägers sowie die Teilhabeplanung mit den Menschen mit Behinderung“ (BAR 2017, S. 6).

4.3. Teile des BthG und die Reformstufen

In der ersten Reformstufe des neuen Bundesteilhabegesetz, die ab dem 01. Januar bzw. dem 01. April 2017 in Kraft getreten ist, wurden grundlegende Änderungen im Schwerbehindertenrecht vorgenommen. Außerdem wurde erste Verbesserungen in der Einkommens- und Vermögensberücksichtigung durch neue Schonvermögensgrenzen festgelegt.
In der zweiten Reformstufe zum 01.Januar 2018 wurde das neue Teilhaberecht oder Verfahrensrecht als Teil 1 des SGB IX eingeführt und die Überführung der Eingliederungshilfe zum 01.01.2020 vorbereitet. Vorbereitende Verbesserungen im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und im Gesamtplanverfahren werden hier festgeschrieben (siehe SGB XII).

Die dritte Reformstufe, die mit dem 01. Januar 2020 ihre Umsetzung fand, ist dabei die umfangreichste, weil hiermit die Eingliederungshilfe als eigenständiges Gesetz in den Zweiten Teil des SGB IX überführt wird (Eingliederungshilferecht). Hier wird explizit die Trennung von existenzsichernden Leistungen und Fachleistungen festgeschrieben und weiterhin eine Verbesserung in der Einkommens- und Vermögensberücksichtigung eingearbeitet. Der Vermögensfreibetrag für die Anrechnung bei der Berechnung der individuellen Leistungen steigt dabei.

In der vierte Reformstufe, die zum 01.Januar 2023 in Kraft treten soll, wird der leistungsberechtigte Personenkreis der Eingliederungshilfe neu definiert werden.
Dabei sollen die bisherigen Voraussetzungen einer „wesentlichen“ Behinderung näher konkretisiert werden, dass sie die Teilhabeeinschränkungen aus dem International Classification of Functioning, Disability ans Health (ICF) – Katalog mit umfasst (vgl. Lösekrug-Möller 2017, S.25). Dabei ist verstärkt darauf zu achten, dass die Veränderung der bisher leistungsberechtigte Personenkreis aus dem Leistungsbezug nicht ausgeschlossen wird.

Bei der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes über diesen langen Zeitraum sind Ausschüsse und Vereine als Kontroll- und Steuerungsgremien eingesetzt, wie zum Beispiel der Ausschuss Umsetzungsbegleitung-Bundesteilhabegesetz, der durch das Ministerium für Arbeit und Soziales, aber auch der Deutsche Verein als Dachverband aller Sozialverbände, involviert (siehe § 25 Abs. 2 SGB IX).
Das soll als ein Instrument für alle Rehabilitationsträger und ihre Verbände zur gemeinsamen Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Sicherstellung von Teilhabe von Menschen mit Behinderung an Gesellschaft unter Würdigung der sozialräumlichen Ressourcen genutzt werden.

4.4. Arbeitsinstrumente und Verfahren

Mit § 12 SGB IX wurde festgeschrieben, dass die Träger der Rehabilitationsleistungen geeignete Maßnahmen sichern, dass ein Rehabilitationsbedarf rechtzeitig erkannt und auf eine Antragstellung des Leistungsberechtigten hinzuwirken ist. Dabei geht es darum, dem Leistungsberechtigen geeigneten und vollumfänglichen barrierefreien Zugang zu Informationsangeboten zu gewährleisten.

Weiter im § 13 SGB IX wird es konkreter und es werden die Instrumente beschrieben, die geeignet erscheinen, Transparenz in das Verfahren zu bringen.

„(1) Zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs verwenden die Rehabilitationsträger systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen. Die Instrumente sollen den von den Rehabilitationsträgern vereinbarten Grundsätzen für Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 26 Absatz 2 Nummer 7 entsprechen. Die Rehabilitationsträger können die Entwicklung von Instrumenten durch ihre Verbände und Vereinigungen wahrnehmen lassen oder Dritte mit der Entwicklung beauftragen.

(2) Die Instrumente nach Absatz 1 Satz 1 gewährleisten eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung und sichern die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung, …“

Die konkret in den einzelnen Bundesländern verwendeten Instrumente sind in den Rahmenverträgen bzw. den Übergangsvereinbarungen festgelegt. Das Land Mecklenburg-Vorpommern hat sich grundsätzlich festgelegt und verwendet den ITP Bogen, der am Thüringer Institut für Personenzentrierte Hilfen GmbH entwickelt wurde.

Dabei ist der ITP entwickelt worden auf der inhaltlichen Grundlage der durch die WHO festgelegten Benchmarks aus der International Classification of Functioning, Disability ans Health, kurz ICF.

Der integrierte Teilhabeplan (kurz: ITP) bezeichnet ein Verfahren zur Feststellung von Hilfebedarfen von Menschen mit Behinderung auf der Grundlage persönlicher Zielsetzungen, Ressourcen und Beeinträchtigungen. (vgl. https://www.thueringen.de/mam/th7/tmsfg/soziales/infoblatt_1_-_allgemeines_zum_itp-verfahren.pdf)

Im Rahmen der zweiten Reformstufe des BTHG wurden im allgemeinen Teil des SGB IX , §§ 2 – 4, sind alle Grundsätze für die Rehabilitationsträger festgelegt, damit koordiniert die Leistungen im Rahmen des Teilhabeplanverfahren und des Gesamtplanverfahrens unter Berücksichtigung des neuen Behindertenbegriffs umgesetzt werden können mit besonderem Augenmerk auf das Verhältnis von Teilhabeplanverfahren und Gesamtplanverfahren.

Die Vorschriften für das Teilhabeplanverfahren (§ 13 ff. SGB IX) sind seit dem 01. Januar 2018 klar und verbindlich für alle Träger von Rehabilitationsleistungen geregelt.

In §§ 19 - 23 SGB IX sind die Anwendung und Items von den Teilhabeplanverfahren und die Durchführung von Teilhabeplankonferenzen unter Berücksichtigung der Zustimmung der Leistungsberechtigen festgelegt. Müssen Leistungen mehrerer Leistungsgruppen wie z.B. Leistungen der sozialen Teilhabe und der Teilhabe an Bildung erbracht werden und mehrere und unterschiedliche Rehabilitationsträger müssen diese Leistungen erbringen, ist der leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich ein Teilhabeplanverfahren durchzuführen, damit die Nachteile des gegliederten Systems der Rehabilitation für den Menschen mit Behinderung ausgeglichen werden und er Leistungen, „wie aus einer Hand“ bekommt.

Seit dem 01.Januar 2020 aber sind erst die speziellen Regelungen zum Gesamtplanverfahren nach §§ 117 ff. SGB IX ergänzend anzuwenden, wenn Leistungen der Eingliederungshilfe in Betracht kommen.
Dabei stehen im Zentrum des Gesamtplanverfahrens die Ermittlung, die Feststellung und die Sicherstellung personenzentrierter Leistungen der Eingliederungshilfe. Diese Regelungen präzisieren und erweitern die Vorschriften aus dem bisherigen § 58 SGB XII. Das Gesamtplanverfahren ist immer und verbindlich durchzuführen, wenn Leistungen der Eingliederungshilfe in Betracht kommen und auch dann, wenn eine Beteiligung anderer Rehaträger nicht erforderlich ist. Dabei ist für die Durchführung des Verfahrens der Träger zuständig, der auch für die Erbringung der Leistungen zuständig ist. (vgl. Newsletter Deutscher Verein August 2019)
Das Gesamtplanverfahren korrespondiert dabei mit dem individuellen Rechtsanspruch der leistungsberechtigten Personen, da es ihre Position und ihr Verfahrensrecht gegenüber den Leistungsträgern und Leistungserbringern stärkt.
Damit nimmt das Gesamtplanverfahren eine Schlüsselfunktion innerhalb des neuen BTHG ein. Durch die unmittelbare Beteiligung der Menschen mit Behinderung wird ihre Position innerhalb unserer Gesellschaft sehr gestärkt

Mit § 21 SGB IX ist ausdifferenziert, welche Vorschriften ergänzend hinzukommen können. Sollte der Träger der Eingliederungshilfe gleichzeitig der Träger der Rehabilitationsmaßnahme sein, liegt die Verantwortung für die Durchführung des Gesamtplanverfahrens allein bei ihm. Explizit benannt ist der Träger der öffentlichen Jugendhilfe, der ergänzend die Vorschriften aus dem § 36 SGB XIII, Vorschriften zum Hilfeplanverfahren zu beachten hat.
(ITP Mecklenburg-Vorpommern Teilhabeplanverfahren Anlage 5)

4.5. Die neue Struktur des Gesetzgeber und seine Ziele und Umsetzung

Mit der Umstellung der alten Sozialleistungsstruktur und der Eingliederungshilfe in das Bundesteilhabegesetz wurde der Schritt unternommen, allen Menschen einen gleichberechtigten Zugang zur Gesellschaft zu gewährleisten.
„Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen aus diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“ (§ 1 Satz 1 SGB IX).
Hinzugefügt mit der Einführung und Umsetzung der dritten Reformstufe des BthG zum 01.01.2020 wurden die Begrifflichkeiten „volle und wirksame“ Teilhabe.
Teile aus dem SGB XII als bisheriges Leistungsrecht wurden herausgelöst und in das SGB IX überführt und damit ein neues Normativ für die Eingliederungshilfe geschaffen.
Damit wurde das SGB IX zu dem neuen Normativ für alle Träger von Rehabilitationsleistungen Der Sozialraum der Menschen mit Behinderung bildet hierbei den Raum und Rahmen für die Leistungserbringung.
Die Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für die Menschen mit Behinderung stehen dabei im Fokus.
Geregelt sind dabei klar im § 4 SGB IX die Leistungen zur Teilhabe als Rehabilitationsleistungen für alle und im § 5 SGB IX die Leistungsgruppen, die das Leistungsangebot für die Menschen mit Behinderung oder die von Behinderung bedroht sind, beschreibt.

Die Leistungen zur Teilhabe werden in § 4 SGB IX festgelegt, die Leistungsgruppen in § 5 SGB IX) festgeschrieben:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 42-48 Kapitel 9, Teil 1 SGB IX, sie sind durch die Novellierung dabei weitestgehend gleichgeblieben.
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach §§ 49 – 63 Kap.10, Teil 1 SGB IX
- Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen nach §§ 64 – 74 Kap.11, Teil 1 SGB IX
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 75 Kap.12, Teil 1 SGB IX
- Leistungen zur sozialen Teilhabe nach §§ 76 – 84 Kap.13, Teil 1 SGB IX

Hier ist der Anspruch der Menschen mit Behinderung für eine selbstbestimmte Teilhabe an der Gesellschaft klar definiert.

Diese Zusammenführung aller Rehabilitationsleistungen im SGB IX soll die Inanspruchnahme der Leistungen aller Menschen mit Behinderung und die, die von Behinderung bedroht sind, durch einen einklagbaren Rechtsanspruch sicherstellen. Das Leistungsangebot ist für alle Menschen gleich. Damit will die Politik gewährleistet, dass das Prinzip der Gleichberechtigung als ein fester und selbstverständlicher Bestandteil in unserer Gesellschaft implementiert wird.

Besonders hervorzuheben sind hier die Veränderungen für die Leistungen zur Teilhabe an Bildung und die Leistungen zur sozialen Teilhabe.
In beiden Leistungsgruppen wurde neu formuliert und definiert, die Abgrenzung zur Pflege deutlicher klarer herausgearbeitet und die Leistungen der medizinischen Rehabilitationsleistungen klarer abgegrenzt. Damit wurde die Schnittstellen und Aufgaben mit anderen Rehabilitationsträgern klarer und unterschiedliche Rehabilitationsträgern zusammengeführt.

Die besonderen Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung finden sich in den §§ 90-150 Teil 2 SGB IX und stellen somit das Eingliederungshilferecht dar.
Dabei sind die Leistungen der Eingliederungshilfe (§102 Kap.2, Teil 2 SGB IX) noch einmal näher definiert nach den Leistungsgruppen, wie vorher erwähnt.
Alle Leistungen der medizinischen Rehabilitation finden wir im §§ 109-110 Kap.3, Teil 2 SGB IX.
Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind in dem § 111 Kap.4, Teil 2 SGB IX beschrieben. In dem Paragrafen 112 Kap.5, Teil 2 SGB IX sind Leistungen zur Teilhabe an Bildung direkt beschrieben. Dabei ist besonders hervorzuheben, dass für Menschen mit Behinderung durch die Novellierung nun ein Rechtsanspruch auf Unterstützungsleistungen bis zu einem Masterstudium als Rechtsanspruch gegeben wurde.
Die Beschreibung der Leistungen zur sozialen Teilhabe sind im §§ 113 – 116 Kap.6, Teil 2 SGB IX definiert.
Dabei sind nach § 6 SGB IX Rehabilitationsträger definiert, die alle gemeinsam Menschen mit Behinderung eine volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken haben.

4.5.1. Hindernisse

Hindernisse bei der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes auf Länderebene sind die Landesrahmenverträge bzw. getroffenen Übergangsvereinbarungen, die den Anspruchsberechtigen einen einklagbaren Rechtsanspruch in Bezug auf ihre Teilhabechancen garantieren, aber noch nicht von allen Bundesländern unterschrieben wurden. Das Konnexitätsprinzip ist ein

Grundsatz im Staatsrecht, das Aufgaben und finanzielle Verantwortung grundsätzlich zusammengehören. Es bedeutet vereinfacht ausgedrückt „Wer bestellt, der zahlt auch“.
Im Grundgesetz ist das Konnexitätsprinzip in Art. 104a wie folgt formuliert: *"(1) Der Bund und die Länder tragen gesondert die Ausgaben, die sich aus der Wahrnehmung ihrer Aufgaben ergeben, soweit dieses Grundgesetz nichts anderes bestimmt. (2) Handeln die Länder im Auftrage des Bundes, trägt der Bund die sich daraus ergebenden Ausgaben.*
(Internetquelle: https://kommunalwiki.boell.de/index.php/Konnexit%C3%A4tsprinzip)
Grundsätzlich ist also geklärt, wer für die Finanzierung der Aufgaben aus den sich aus dem Gesetzt ergebenden Veränderungen trägt, aber im konkreten fehlt den Ländern und damit den einzelnen Gemeinden eine konkrete Zusage, wie und woher die einzelnen Kosten gedeckt werden sollen.
Daher fehlen derzeit noch die Unterschriften unter vielen Landesrahmenverträgen und somit die Zustimmung zur Umsetzung der anstehenden Veränderungen in Bezug auf Maßnahmen zur Bereitstellung von zusätzlichem Personal, dessen Schulung und der Schaffung neuer Strukturen für die vollumfänglichen Umsetzung des neuen Bundesteilhabegesetztes.
Hindernis ist ebenso, das nach wie vor nicht alle Klienten in die Zustimmung dieses Gesetztes fallen und damit Klienten von der Inklusion ausgeschlossen bleiben. Es ist notwendig im Sinne eines sich immer weiter zu entwickelnden und fortschreitenden Prozessen Gesetze anzupassen und zu novellieren wie das SGB XIII, da hier nach Auffassung der entsprechenden Fachämter eine Inklusion ausgeschlossen ist. Das führt zu unterschiedlichen Bewertungen, Differenzierungen und Vorgehensweisen und damit zu teilweiser Exklusion und dem Ausschluss an gesellschaftlicher Teilhabe. Daher ist eine Fortschreibung und Anpassung an Gesetze dringend notwendig, um allen Menschen die gleichen Teilhabechancen zu ermöglichen.

4.6. Chancen und Hemmnisse in Bezug auf die Träger der Leistung

Ein öffentlicher wie auch freier Träger ist an die Vorgaben und gesetzlichen Grundlagen durch die Verabschiedung des BthG zum 01.01.2020 rechtlich gebunden.
Auf der kommunalen Ebene muss zwischen den öffentlichen Trägern der Leistung / Auftraggebern und den freien Trägern der Hilfen / auch Leistungserbringer unterschieden werden.
Grundsätzlich bietet die Umsetzung des BthG auf dieser Ebene gleichzeitig einen Umbau der Verwaltungsstrukturen in Zusammenhang mit dem Aufbau neuer Strukturen durch das Aufstocken der personellen Strukturen.
Vernetztes Arbeiten, fachlicher Austausch möglich, Einblick in andere Strukturen und Arbeiten möglich/gemeinsames Verständnis entwickeln und multiprofessionelles Verständnis und Arbeiten wäre einige erwähnenswerte Verbesserungen für die Sicherung und Erbringung der Leistungen der öffentlichen Träger.

Die einzelnen Fachämter als Träger ihrer Rehabiltationsleistungen sollen vernetzter und gemeinsam arbeiten, um den Klienten ihren Anspruch zu gewährleisten. Das bedeutet Entsäulung und für den Klienten „Leistungen wie aus einer Hand“. Die Mitarbeiter haben durch vorgeschriebene regelmäßige Kontakte zum Klienten und damit ein direktes Arbeiten mit dem Klienten und nicht nur mit seiner Akte. Das ermögliche eine engere Zusammenarbeit und die Partizipation der Klienten. Das einem partizipativen und inklusiven Ansatz, das dem Leitgedanken des BthG entspricht.

Damit wird den Trägern und Kommunen die Möglichkeit gegeben oder aber genommen, Sozialräume, wie mit der Einführung des BthG angedacht zu entwickeln, um soziale Teilhabe zu ermöglichen.

Die Öffentlichen Träger der Leistung aus dem BthG auf kommunaler Ebene sind die Fachämter, wie die Agentur für Arbeit, Sozialamt, Jugendamt und alle als Rehatäger im SGB IX benannten Institutionen. Da die unterschiedlichen Rehaträger auch unterschiedlichen Finanzierungsmodellen unterliegen (BA -Bund, Jugendamt – kommunale Selbstverwaltung). Dies führt zu unterschiedlichen Verfahrensweisen und Bewertungen der Problemlagen von Klienten. Außerdem halten sich nicht alle Fachämter damit an die Vorgaben aus dem BthG, wie zum Beispiel der einheitlichen Verwendung der Einschätzungs- und Diagnosebögen, aber auch die Beteiligung und Mitarbeit, zu der alle anerkannten Rehaträger per Gesetz verpflichtet sind, wird durch die unterschiedliche Finanzierungsmodelle durch Bund oder Kommune beeinträchtigt.

Da auf der Ebene der Auftraggeber noch Unklarheiten bestehen, bestehen sie auch auf der Umsetzungsseite, nämlich bei den freien Trägern. Es fehlt eine Fachaufsicht, eine Steuerungsorgan und die Qualitätsüberprüfung durch die Fachämter.

Die größte Hürde ist hier der Paradigmenwechsel von der Einrichtungszentrierung zur Personenzentrierung. Der Fachkräftemangel, die tarifliche wie auch sozialräumliche Gebundenheit machen eine qualitative Umsetzung oft schwer. Eine Verpflichtung zur Umsetzung besteht seit dem 01.01.2020, dennoch werden und wurden immer noch Übergangsvereinbarungen getroffen, die eine flächendeckende, qualitative Umsetzung erschweren und für den Klienten den Markt noch unübersichtlich halten und damit Transparenz, Vergleichbarkeit und Beratung in Leistungen nicht gewährleisten.

Der Prozess der Umsetzung stockt bzw stagniert auf der Ebene der öffentlichen Träger, da die Frage der Finanzierung dem Anspruch der Klienten noch gegenübersteht. Daher ist eine flächendeckende Umsetzung sowohl auf der Ebene der öffentlichen Träger wie auch der freien Träger zurzeit noch nicht zufriedenstellend sichergestellt.

4.7. Chancen in Bezug auf die Klienten

- **Anhebung der Schonvermögensgrenzen**

Ab dem 01.01.2017 wurden die Freibeträge von bisher 2.600,00 Euro auf 27.600,00 Euro für Menschen mit Behinderung und Anspruch auf Eingliederungshilfe nach § 60a SGB XII angehoben. Es gibt weiterhin einen zusätzlichen Vermögensfreibetrag für Menschen die nach § 66a SGB XII Hilfe zur Pflege erhalten und diesen Betrag aus Erwerbstätigkeit selbstständig ansparen. Arbeitnehmer und Selbstständige, die Hilfe zur Pflege oder aber Eingliederungshilfe beziehen dürfen ab diesem Zeitpunkt 40 % ihres Erwerbseinkommens behalten, allerdings nur bis zu einer Höchstgrenze von 65 % des Regelbedarf der Stufe 1.
Insgesamt betrachtet beläuft sich der Einkommensfreibetrag ab dem 01.01.2017 auf 265,85 Euro pro Monat.
Das bezieht sich aber nur auf das Erwerbseinkommen und nicht auf andere Einkommen, wie zum Beispiel Einkommen aus Renten.
Weiterhin wurde ab dem 01. April 2017 das allgemeine Schonvermögen für alle, die nach dem SGB XII Einkommen beziehen, die sogenannte Sozialhilfe also von bisher 2.600,00 Euro auf 5.000,00 Euro angehoben.

- **Die Freistellung des Partnereinkommens**

Die Anrechnung des Partnereinkommens für Partner von Menschen mit Behinderung, die Anspruch auf Eingliederungshilfe haben und diese auch bekommen, entfällt mit der Einführung der ersten Reformstufe auch (nach § 139, 140 SGB IX)
Verbesserung der Mitwirkungsmöglichkeiten für Beschäftigte einer Werkstatt für behinderte Menschen (Abkürzung: WfbM)
Bereits ab dem 01.01.2017 sind neue Regeln für eine verbesserte Mitwirkung für Menschen mit Behinderung in den Werkstätten wirksam.
Ganz konkret bedeutet es, das als erstes die Werkstätten-Mitwirkungsverordnung erneuert wurde.
Seither gibt es eine Unterscheidung zwischen mitwirkungspflichtigen und den mitbestimmungspflichtigen Angelegenheiten, die in einer Werkstatt anliegen.
Mitbestimmungspflichtig sind dabei alle Angelegenheiten rund um die Arbeitszeiten, Arbeitsentgelte, technische Einrichtungen, die Weiterbildungsmöglichkeiten und die sozialen Aktivitäten der Werkstattbeschäftigten.
Ein weiterer Bestandteil der Neuregelung ist, dass in jeder Werkstatt für behinderte Menschen eine Frauenbeauftragte und eine Stellvertreterin gewählt werden muss. Sie sollen die besonderen Interessen der Frauen in diesen Werkstätten gegenüber Werkstattleitung vertreten und sich um alle Angelegenheiten in sozialanwaltlichem Verständnis kümmern.

Außerdem wurde in diesem Zusammenhang die Anzahl der Werkstatträte ebenso hochgesetzt.

- **Die Anhebung des Werkstatteinkommens**

Im § 43 SGB IX wird das sogenannte Arbeitsförderungsgeld (sogenanntes Werkstatteinkommen) für alle Beschäftigte in den Werkstätten für Menschen mit Behinderung geregelt. Mit der Neufassung in der ersten Reformstufe wurde das Arbeitsförderungsgeld von monatlich 26,00 Euro auf 52,00 Euro im Monat angehoben. Somit dürfen Beschäftigten in den Werkstätten von nun an monatlich 351,00 Euro verdienen, vorher waren es 325,00 Euro im Monat.
Dieser Verdienst setzt sich aus 299,00 Euro Werkstatteinkommen und den 52,00 Euro Arbeitsförderungsgeld zusammen.
Ist das Werkstatteinkommen höher, sinkt aber das Arbeitsförderungsgeld entsprechen und wird angepasst auf den Höchstbetrag.
Ab dem 01.01.2017 haben alle Beschäftigten in einer Werkstatt für behinderte Menschen nun auch einen erhöhten Freibetrag von 1/8 der Regelbedarfsstufe 1 von 51,13 Euro plus 50% des diesen Betrages übersteigenden Einkommens nach §§ 82 Abs.3 Satz 2 und § 88 Abs.2.

- **Budget für Arbeit**

Mit der Bundesteilhabegesetzgebung wird die Möglichkeit geschaffen, den behinderten Menschen Beschäftigungsalternativen außerhalb der bis dato alternativlose Werkstätten für behinderte Menschen zu schaffen. Konkret ab dem 01.01.2018 dürfen andere Leistungsanbieter Menschen mit Behinderung beschäftigen.
Der Arbeitgeber erhält einen Lohnkostenzuschuss und die individuell notwendige Assistenz wird nach § 61 SGB IX zur Verfügung gestellt.
Die entstehenden Kosten dafür werden individuell im Teilhabeverfahren ermittelt, entsprechend dem individuellen Hilfebedarf entsprechend gezahlt und bei Bedarf auch dauerhaft geleistet. Dabei ist aber zu bemerken, dass der Lohnkostenzuschuss auf eine maximale Summe gedeckelt ist und an der Bezugsgröße nach § 18 Abs 1 SGB IX gekoppelt ist und einer Dynamisierung unterliegt.

- **Teilhabe an Bildung**

Im Bundesteilhabegesetz wird die Teilhabe an Bildung wird erstmalig als eine eigene Rehabilitationsleistung aufgenommen.
Das ermöglicht Menschen mit Behinderung erstmalig Unterstützungsleistungen für höherer Bildungsabschlüsse bis hin zum Masterabschluss als Regelleistung (vgl.König/Wolf 2017, S.6)
Entsprechend dem Kapitel 12 §75 werden die Leistungen zur Teilhabe an Bildung erbracht,

die es den Leistungsberechtigten ermöglicht, Hilfen zur Schulausbildung, zur schulischen Berufsausbildung, zur Hochschulausbildung oder zur schulischen und hochschulischen beruflichen Weiterbildung zu erlangen. Die dafür erforderlichen Assistenzleistungen werden über die Leistungen zur sozialen Teilhabe nach Kapitel 13 § 79 SGB IX erbracht.

- **Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung**

Im § 32 Kapitel 6 Abschnitt 2 sind die Leistungen für die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung geregelt.

„Menschen mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Menschen wollen ihre Eigenverantwortung für eine individuelle und ihren persönlichen Wünschen entsprechende Lebensplanung und -gestaltung wahrnehmen. Gute Beratung kann ihre Rechte auf Selbstbestimmung, auf eigenständige Lebensplanung und individuelle Teilhabeleistung nachhaltig unterstützen“ (Flyer BMAS).

Die Teilhabeberatung soll vor Antragstellung von Leistungen erfolgen und den Antragsteller über seinen Anspruch auf Rehabilitations- und Teilhabeleistungen nach dem SGB IX umfassend und personenzentriert informieren und beraten.

Die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung selbst bietet Beratungen von A bis Z an. Das Portfolio wird laut Flyer wie folgt beschrieben:

A – Arbeit
B – Barrierefreiheit und Bildung
C – Chancengleichheit
H – Hilfsmittel
I – Inklusion
M – Mobilität
N – Nachteilsausgleich
O – Orientierung
P – Pflege
S – Selbstbestimmung
Z – Zusammenhalt durch Teilhabe

Der Bund, konkret über das Bundesministerium für Arbeit und Soziales als Aufsichtsbehörde, will hierfür seit 2018 jährlich eine Summe von 58 Millionen Euro für diese Beratung zur Verfügung stellen, begrenzt vorerst auf fünf Jahre gemäß einer bundeseinheitlichen Förderrichtlinie.

- **Wunsch- und Wahlrecht und Leistungspoole**

„Wünschen der Leistungsberechtigten, die sich auf die Gestaltung der Leistung richten, ist zu entsprechen, soweit sie angemessen sind“ (§ 104 Satz 2 SGB IX).

Mit der Neuregelung des Wunsch- und Wahlrechts wird für alle Leistungsberechtigten gewährleistet, dass die Wünsche der Menschen mit Behinderung, vor allem im Bereich der Sozialen Teilhabe / Bereich Wohnraum, mehr Berücksichtigung findet.

Die erforderliche Zumutbarkeitsprüfung prüft nun fortan im Sinne von Sozialer Teilhabe, ob dem Menschen mit Behinderung das Wohnen außerhalb einer bestimmten Wohnform (Wohnstätten) wie zum Beispiel in einem eigenen Wohnraum möglich gemacht werden kann.

Die im Zusammenhang mit dieser Ermöglichung stehenden Assistenzleistungen zur Gestaltung sozialer Beziehungen und selbstständiger Lebensführung nach persönlicher Lebensplanung müssen nicht gemeinsam mit anderen Leistungsberechtigten genutzt (Poolen) werden.

Im Artikel 24 Abs.3 des Bundesteilhabegesetzes hat der Gesetzgeber eine modellhafte Erprobung festgeschrieben, die eine umfassende Begleitung bei dem Umsetzungsprozess ermöglichen soll. Diese wird durch das Ministerium für Arbeit und Soziales in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Verein realisiert.

Bis zum Inkrafttreten der dritten Reformstufe des Gesetzes wurde hierbei alte und neue Gesetzgebung nebeneinander fiktiv in Anwendung gebracht und die Auswirkungen erfasst und evaluiert.

Das betraf im Wesentlichen die neuen Einkommens- und Vermögensregelungen, die Assistenzleistungen, die Umsetzung des Verhältnisses zwischen Eingliederungshilfe und Pflege, die Prüfung der Zumutbarkeit und Angemessenheit beim Wunsch- und Wahlrecht, Regelungen der gemeinsamen Inanspruchnahme von Leistungen, Abgrenzung der Eingliederungshilfe von den existenzsichernden Leistungen und den neuen Zugangskriterien um auf ihre Umsetzungsfähigkeit und Wirkungskraft zu prüfen.

4.7.1. Hindernisse und Nachteile für den Klienten

In Bezug auf vorstehende Ausführungen muss festgestellt werden, dass die pauschale Abgeltung der Pflegeversicherungsleistungen zwar ausgeweitet, aber nicht nach Wohnform differenziert wird. Die Ziele der Eingliederungshilfe und der Pflege unterscheiden sich. Das Ziel der Pflege ist die Verrichtungen bei der Alltagsgestaltung zu unterstützen, wohin gegen die Leistungen der Eingliederungshilfe immer die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Fokus hat.

Die Leistungen aus der Pflegeversicherung nach § 43a SGB XI für Menschen mit Behinderung, die in stationären Wohnformen sind auf Grund der Wohnform gedeckelt. Die Unterstützungsleistungen von Menschen mit Behinderung können nach wie vor gegen den persönlichen

Willen der Menschen mit Behinderung gepoolt werden, sollte es zur gemeinsamen Inanspruchnahme kommen. Das betrifft Leistungen wie Schulbegleitung, Fahrdienste und Assistenzleistungen. Diese Regelung verhindert Selbstbestimmung und die Inanspruchnahme individueller Leistungen.
Durch die Einschränkungen im Wunsch- und Wahlrecht bleibt es bei Kostenvorbehalt durch den Kostenträger. Daher wird nicht in jedem Falle der Grundsatz „ambulant vor stationärer Hilfe“ umsetzbar sein und die Prüfung der Zumutbarkeit von finanziellen Vorgaben abhängen. Das schränkt die Umsetzung, dass jeder Mensch wählen kann, wo und mit wem er leben will, doch stark ein.
Der Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach §§ 57,58 und 218 SGB IX nur, wer ein „Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung“ erbringen kann. Diese Einschränkung bedeute für Menschen mit Behinderung, die einen hohen Unterstützungsbedarf haben, eine Reglementierung und verwehrt ihnen den Zugang zum Arbeitsmarkt und damit ihr Recht auf eigenständige Lebensführung gemäß den Forderungen der UN-BRK.
Grundsätzlich ist festzustellen, dass die einzelnen Bundesländer eigene Regelungen für Bedarfsermittlung und das Teilhabeplanverfahren einsetzen dürfen ist eine Intransparenz und Unterschiedlichkeit in der Umsetzung für den Klienten zu befürchten.

5. Fazit

Die Orientierung an den Bedürfnissen und Ansprüchen von Menschen mit Behinderung gemäß den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention ist mit dem Bundesteilhabegesetz kann als weitestgehend gelungen betrachtet werden. Damit kann die Forschungsfrage, die es in dieser Arbeit untersucht werden sollte, mit Ja beantwortet werden. Für die Menschen im Regelkreis des SGB IX, XII hat das BthG wichtige Grundlagen geschaffen um ihnen volle und gleichberechtigte Teilnahme an der Gesellschaft zu ermöglich.
Der Gesetzgeber hat mir der Umsetzung und Erprobung in den verschiedenen Reformstufen seine gesetzlichen Verpflichtungen bei der Umsetzung der einzelnen Artikel der UN-Behindertenrechtskonvention immer wieder auf ihre Wirksamkeit überprüft.
„Wie aber kommen Menschgen überhaupt in die Lage, Chancen wahrnehmen zu können?
Ein Sozialstaat, der sich nicht selbst im Weg stehen will, muss sich dieser Frage stellen. Der Katalog der Gerechtigkeit ist ohne Befähigungsgerechtigkeit nicht vollständig“ (Cremer 2016, S.208)
Die Anhebung des Schonvermögens, der Wegfall der Berücksichtigung des Partnereinkommens oder aber die Teilhabe am Arbeitsleben etwa sind alles Schritte in die richtige Richtung,

um die uneingeschränkte Teilhabe sicherzustellen. Aber sie ist erst als gelungen zu betrachten, wenn den Menschen mit Behinderung eine Teilhabe barrierefrei gewährleistet werden kann genauso wie Menschen ohne Behinderung.
Wenn dieser Grundsatz zu einer gesellschaftlichen Selbstverständlichkeit geworden ist und niemand mehr darüber reden muss, ist die „full inclusion“ keine Vision, sondern bildet gesellschaftlichen Alltag ab.
Dieser Prozess unterliegt wie eben die Inklusion einer steten Anpassung und Veränderung, sowie gesellschaftliche Strukturen, Einstellungen und Prozesse angepasst und verändert werden durch das BthG. Insofern verbindet das Bundesteilhabegesetz alte Erkenntnisse mit neuen und ist demzufolge nur ein Meilenstein, der erweitert werden muss, um noch bestehende Defizite auszugleichen.

Quellenverzeichnis

Barbara Fornefeld, Professorin für Rehabilitationswissenschaft an der Universität Köln

BMAS: Nationaler Aktionsplan 2.0 Url: http://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/NAP/NAP20/napü20node.html [Stand 28.09.2017]

BMAS: Stellungnahme der Expertenkommision Inklusion Mecklenburg-Vorpommern 2012, S. 91 ff

Booth, T. / Ainscow, M. (2000) Breaking down the barriers: The index for inclusion: Online unter http//csie.org.uk/resources/breaking-barriers.shtml

Brodkorb, M./ Koch, K. [Hrsg.] (2012): Das Menschenbild der Inklusion, Schwerin

Brodkorb, M./ Koch, K. [Hrsg.] (2013): Inklusion – Ende des gegliederten Schulsystems? Dokumentation des 2. Inklusionskongresses Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin

Burzan, Nicole/ Schimank, Uwe (2002): Inklusionsprofile – Überlegungen zu einer differenzierungstheoretischen Sozialstrukturanalyse. In: Schwinn, Thomas/ Kroneberg, Clemens/ Gneve, Jens [Hrsg.]: Differenzierung und soziale Ungleichheit. Weilerswist: Velbrück. Preprint. http://www.fernuni-hagen.de/Soz/Preprint[Zugriff: 15.10.2002]

Cremer, Georg: Armut in Deutschland. Wer ist arm? Was läuft schief? Wie können wir handeln? München 2016

Degener, Theresia (2009a): Die neue Behindertenrechtskonvention aus der Perspektive der Dishability Studies, In: Behindertenpädagogik 48 (2009) 3, S. 263-283

Degener, Theresia (2009b): Die UN-Behindertenrechtskonvention als Inklusionsmotor, In: Recht der Jugend und des Bildungswesen 2/2009, S. 200-219

Degener, Theresia (2011): Das Recht auf inklusive Bindung als Menschenrecht – legislative Herausforderungen (noch unveröffentlichtes Manuskript) Bochum

Ernst-Ulrich Huster, Jürgen Boeckl und Hilgegard Mogge-Grotjahn [Hrsg.]: Armut und soziale Ausgrenzung in Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung, 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage, 2008, 2012, Springer VS

Farzin, Sina (2006): Inklusion, Exklusion: Entwicklungen und Probleme einer systemtheoretischen Unterscheidung. Bielefeld: Transcript Verlag

Felder, Marion/ Schneider, Kathrin (2016): Inklusion kontrovers, Herausforderungen für die Soziale Arbeit, Grundlagen Sozialer Arbeit, Wochenschau

Hinz, A. (2012): Inklusion – Historische Entwicklungslinien. In: A. Hinz/ I. Körner/ U. Niehoff [Hrsg.]: Von der Integration zur Inklusion, Marburg
Kaufmann, J. /Badar, J. (2013): Instruction, not inclusion, should be the central issue in Special Education: May 2014, Vol. 17, S. 13-20

König, Markus/ Wolf, Björn: Steuerung in der Behindertenhilfe. Das Bundesteilhabegesetz und seine Folgen. Berlin 2017

Kronauer, Martin [Hrsg.]: Inklusion und Weiterbildung. Reflexionen zur gesellschaftlichen Teilhabe in der Gegenwart, Bielefeld: Bertelsmann 2010

Kron, Thomas (2002): Individualisierung – Allgemeine Tendenzen und der deutsche Sonderweg. In: Volkmann, Ute/ Schimank, Uwe [Hrsg.]: Soziologische Gegenwartsdiagnosen II: Vergleichende Sekundäranalyse. Opladen: Leske + Budrich, S. 257-290

Montag Stiftung [Hrsg.]. (2011). Inklusion vor Ort. Der kommunale Index für Inklusion – ein Praxishandbuch. Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge

Müller, Matthias (2017): Inklusion – Exklusion. In: Inklusion und Soziale Arbeit, Teilhabe und Vielfalt als gesellschaftliche Gestaltungsfelder, Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Band 14, Spatschek, Christian/ Thiessen, Barbara [Hrsg.]: Opladen: Barbara Budrich, S. 49

Nomos Gesetze 2016/2017, S. 968

Nomos Gesetze 2016/2017, S. 1847

Prof. Dr. Albrecht Rohrmann, Universität Siegen

Schäfers, Markus/ Wansing, Gudrun [Hrsg.]: Teilhabebedarfe von Menschen mit Behinderung. Zwischen Lebenswelt und Hilfesystem. Stuttgart 2016

Staub Bernasconi, Silvia (2019): Menschenwürde - Menschenrechte – Soziale Arbeit: die Menschenrechte vom Kopf auf die Füße stellen (Soziale Arbeit und Menschenrechte); Budrich; 1. Auflage

Wansing, Gudrun (2015): Was bedeutet Inklusion? Annäherung an einen vielschichtigen Begriff. In: Theresia Degener und Elke Diehl (Hg.): Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe. Bonn

Windorf, Paul (2009): Einleitung: Inklusion und soziale Ungleichheit. In: Stichweh, Rudolf/ Windorf, Paul [Hrsg.]: Inklusion und Exklusion. Analysen zur Sozialstruktur und sozialen Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag, S. 11-27

Winter, E. / O´Raw, P. (2010): Literature Review of the Principles and Practices Relating to inclusive Education for Children with special Educational Needs.Meath, Ireland

https://www.aktion-mensch.de/dafuer-stehen-wir/was-ist-inklusion.html

https://www.einfach-teilhaben.de/DE/AS/Ratgeber/Inklusion/Inklusion_node.html

http://www.duden.de/rechtschreibung/inklusion

http://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?_blob=publicationFile&v=2

http://www.inklusion-schule.info/inklusion/integration-und-inklusion.html

http://www.bundesauslaenderbeauftragte.de > integration

http://www.inklusionspaedagogik.de/index.php/index-fuer-inklusion

http://www.eenet.org.uk/resources/docs/index%20German.pdf

https://www.behindertenrechtskonvention.info/inklusion-3693

https://de.wikipedia.org/wiki/sozialstaatsprinzip

https://www.gesetzte-im-internet.de/gg/art_20.html

https://de.wikipedia.org/wiki/Sozialgesetzgebung

https://www.hausarbeiten.de/document/436094

https://kommunalwiki.boell.de/index.php/Konnexit%C3%A4tsprinzip

https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/bthg-kompass/

Abkürzungsverzeichnis

UN-BRK	UN- Behindertenrechtskonvention
BthG	Bundesteilhabegesetz
SGB	Sozialgesetzbuch

Abbildungsverzeichnis

Anlage 1	Übersicht über den Umsetzungsstand Landesrahmenverträge (ohne Übergangsvereinbarungen)
Anlage 2	Antrag auf Eingliederungshilfe Landkreis Mecklenburgische Seenplatte
Anlage 3	Übersicht Leistungsgruppen
Anlage 4	grafische Darstellung bio-psychosoziales Modell
Anlage 5	ITP Mecklenburg-Vorpommern Teilhabeplanverfahren