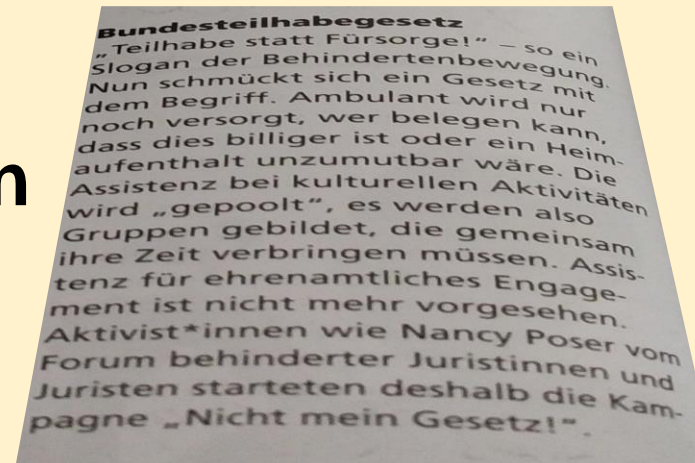


# BundesTEILHABEGesetz (BTHG)

Inklusion für alle ?

... auch für Randgruppen

... auch für DrogenkonsumentInnen



§

ab 01.01.2020  
umfänglich in Kraft

mehr als ein schönes wohlklingendes Wort ?

## **Die BTHG-Umsetzung stellt LÜSA u.a. / die Projekt-NutzerInnen vor große Veränderungen Problemlagen:**

**Der** SGB IX Teil 2 (§§ 90-150) regelt das aus dem SGB XII herausgelöste und überarbeitete Eingliederungshilferecht "Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung von Menschen mit Behinderungen" (Eingliederungshilferecht).

Mit dem reformierten Eingliederungshilferecht wird das SGB IX zu einem **Leistungsgesetz**.

**Zwar sollen alle, die gem. § 53 Abs. 1 und 2 SGB XII und den §§ 1 bis 3 der Eingliederungshilfe-Verordnung , Eingliederungshilfe erhalten** (Eingliederungshilfe ist Personen nach § 2 Absatz 1 Satz 1 und 2 zu leisten, deren Beeinträchtigungen die Folge einer Schädigung der Körper-funktion und -struktur einschließlich der geistigen und seelischen Funktionen sind und die dadurch in Wechselwirkung mit den Barrieren in erheblichem Maße in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind.

Eine Einschränkung der Fähigkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft in erheblichem Maße liegt vor, wenn die Ausführung von Aktivitäten in einer größeren Anzahl der Lebensbereiche nach Absatz 4 nicht ohne personelle oder technische Unterstützung möglich oder in einer geringeren Anzahl der Lebensbereiche auch mit personeller oder technischer Unterstützung nicht möglich ist.

**Die Gruppe der „Menschen mit Teilhabe-Beeinträchtigung“ durch Sucht (sowie die spezifische Problemlage illegalisierter Substanzen) ist an keiner Stelle benannt berücksichtigt – das BTHG orientiert sich sehr überwiegend an den Bedarfen von „Menschen mit geistiger Behinderung“**

## Die BTHG--Umsetzung stellt LÜSA u.a. / die Projekt-NutzerInnen vor große Veränderungen Problemlagen:

mit der BTHG-Umsetzung 01.01.2020 einher geht die Aufhebung der Trennung von ambulant und stationär = die Trennung der Kostenträgerschaft

- hoher Arbeits-/Verwaltungsaufwand und viele Unsicherheiten
- Fragen der Mitwirkungspflicht
- Kündigungsrechtunsicherheit der Wohnverträge z.B. bei Regel-Verstößen gegen das BtMG/ Gewaltübergriffe, etc. ,
- das spezifische Arbeitsfeld- Problem /Rechts-Unsicherheit §29 BtMG („Beschaffen einer Gelegenheit...“) für Drogenhilfe-MitarbeiterInnen,
- Gefahr von wirtschaftlichen Problemfeldern i. strukturschwachen Regionen/„armen Kommunen“ (Träger-/Hilfenkonkurrenz)

**Existenzsicherungskosten** – Miete, Lebenshaltung etc.

Kostender Unterkunft - **KdU**

Stadt / Kreis

(Höchstwerte f. „besondere Wohnformen“ sollen möglich sein) aber

f. LÜSA wären dies z.Z. Kaltmiete v.

on bis zu 500EU/pP

**Fachleistungskosten** – Betreuungsleistungen etc.

Personal, Therapieräume, „behinderungsbedingter Mehraufwand“

LWL (überörtlicher Sozialhilfeträger)

## Die BTHG--Umsetzung stellt LÜSA u.a. / die Projekt-NutzerInnen vor Veränderungen Problemlagen:

- Auch nach der BTHG-Einführung stellt sich das Problem, dass die Schlechterstellung für Menschen mit **Pflegebedarf** in „besonderen Wohnformen“ (den heutigen stationären stationären Einrichtungen) bestehen bleibt. Die Forderung der Gleichbehandlung konnte nicht durchgesetzt werden (gem. § 103 SGB IX erstatten die Pflegekassen dem Träger der Eingliederungshilfe der Maximalbetrag von 265EU /Mon.)
- Die Anforderungen an MitarbeiterInnen sind komplexer geworden (z.B. durch die Verpflichtung zur Ausführung der **einfachen Grundpflege ohne weitere Vergütung**)

Es gibt eine neue Fassung der HKP-Richtlinie mit Änderungen bei den Kompressionsstrümpfen, zuletzt geändert am 21.12.2017, in Kraft getreten am 05.04.2018

[https://www.gba.de/downloads/62-492-1548/HKP-RL\\_2017-12-21\\_iK-2018-04-05.pdf](https://www.gba.de/downloads/62-492-1548/HKP-RL_2017-12-21_iK-2018-04-05.pdf)

Auch nach der **BTHG-Einführung** ist die Lebenssituation von DrogenkonsumentInnen / drogenabhängigen Menschen unverändert und geprägt von:

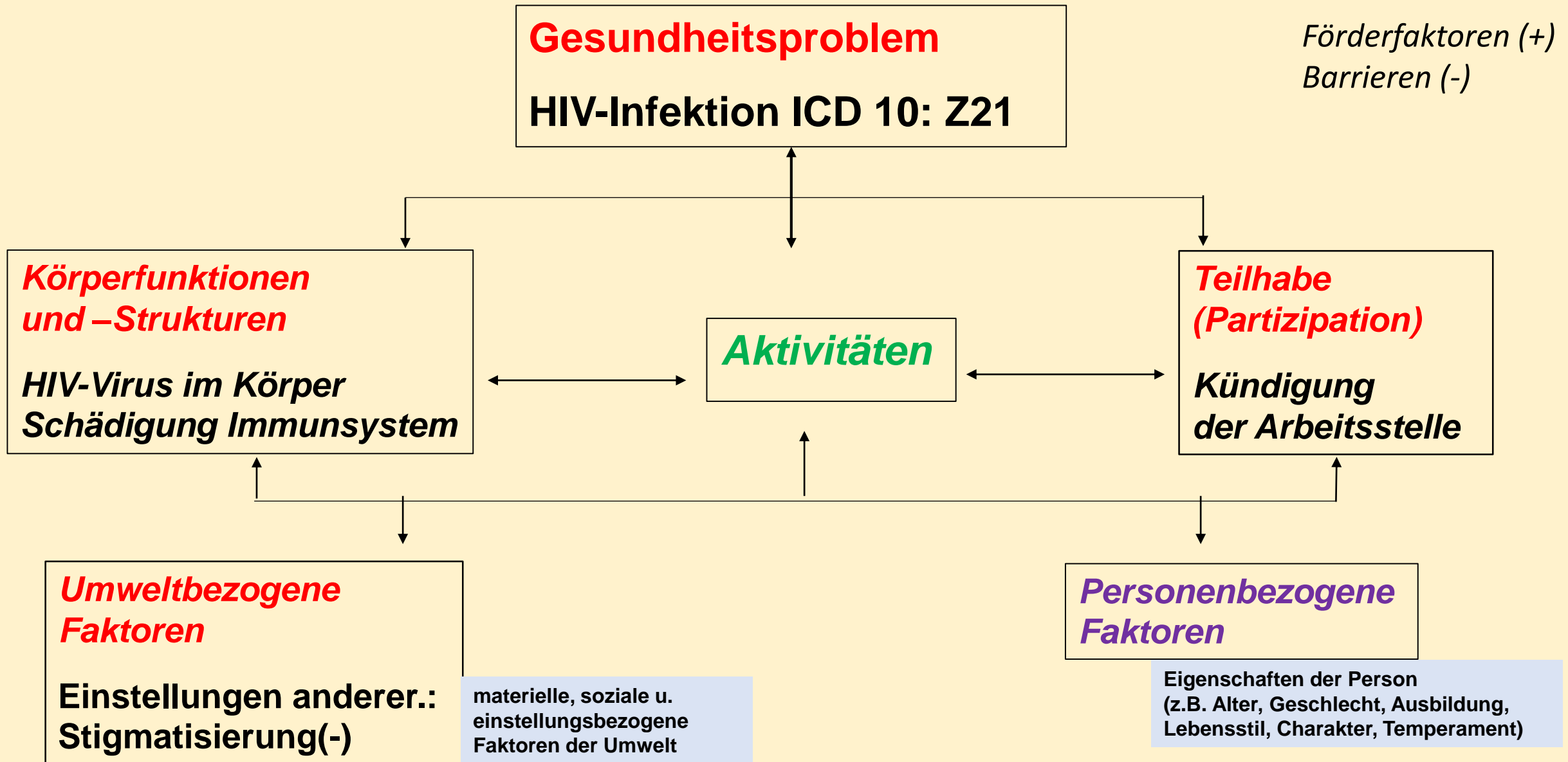
- **Kriminalisierung,**
- **prekäre Lebenssituation**Pflegegrade
- **medizinische Mangelversorgung**
- **Soziale Exklusion**
- **Diskriminierung**
- **Randständigkeit**

Das **BTHG** suggeriert **Teilhabe, Inklusion, Wahlfreiheit** der **Hilfen**.  
Die Realität (insbesondere in ländlichen Regionen):

- **Keine flächendeckende Substitutionsversorgung,**
- **Ausschluss von ambulanter Psychotherapie,**
- **MDK verweigert Pflegegrad,**
- **Pflegedienste verweigern Behandlung,**
- **Ausschluss aus „Werkstätten für Behinderte“ wg. Substitution,**

**Der ICF wird als neues Diagnose-Instrument in der Eingliederungshilfe eingeführt:**

# ICF / Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit am Beispiel von HIV



# ICF / Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit am Beispiel von HIV

Ein an einer symptomlosen **HIV-Infektion** erkrankter Arbeitnehmer wurde, nachdem der Arbeitsgeber von der Infektion erfuhr, gekündigt weil er nicht eingesetzt werden könne. Laut Bundesarbeitsgericht (BAG) ist diese Kündigung eine **unterschiedliche** Behandlung wegen einer Behinderung im Sinn von §§1, 3 Allgemeines Gleichstellungsgesetz (AGG). Die Kündigung ist unwirksam. Eine Behinderung i.S.d. AGG liegt nach BAG vor, wenn sich bei Krankheit Auswirkungen auf die Teilhabe in einem oder mehreren Lebensbereichen zeigen. Eine solche Teilhabebeeinträchtigung ergibt sich in Anlehnung an die ICF erst aus dem Zusammenwirken von Barrieren und individueller Gesundheitsstörung.

**HIV-Erkrankung ist eine Behinderung als Folge der Stigmatisierung und Ungleichbehandlung (dies trifft auch auf Drogenabhängigkeit zu !)**

Genauer nachzulesen Berufungsklage hier: [http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/Hintergrundinformationen\\_SebastianF\\_BUG.pdf](http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/Hintergrundinformationen_SebastianF_BUG.pdf)

Und zum Urteil Bundesarbeitsgericht hier:

<http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/reha-info/reha-info-042014/zum-begriff-der-behinderung-und-zum-begriff-der-angemessenen-vorkehrungen/>

## Entwicklungsbedarfe für Eingliederungshilfe-Drogenhilfe

- UN-Behindertenrechtskonvention als verbindliche Orientierung für die Auslegung der entsprechenden Regelungen und das Ausüben des pflichtgemäßen Ermessens im Verwaltungshandeln abgeleitet werden: So muss Ziel aller Teilhabeleistungen sein, die Selbstbestimmung und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft von Menschen mit Beeinträchtigung zu fördern – **dies muss auch für DrogenkonsumentInnen gelten.**
- Qualitätskriterien für eine gute Teilhabe-, **Hilfe- und Gesamtplanung** können aus dem neuen Sozialgesetzbuch IX selbst und der UN-Behindertenrechtskonvention als verbindliche Standards gelten **dies muss auch für DrogenkonsumentInnen gelten.**
- ab 2018 neu geschaffene ergänzende **unabhängige Teilhabeberatung** (§ 32 SGB IX-neu) soll bereits vor der Beantragung von Leistungen ein unabhängiges, niedrighschwelliges Beratungsangebot zur Verfügung stehen. Hier sollen als Fachkräfte auch entsprechend qualifizierte Peer-Berater Menschen mit Beeinträchtigung und ihre Familien beraten - **dies muss auch für Selbsthilfe wie JES u.a. gelten.**
- Wie können eine regionale Teilhabeplanung und innovative Finanzierungssysteme die **Entwicklung** von Inklusionsorientierten, personenzentrierten und sozialräumlichen Unterstützungsarrangements vor Ort ermöglichen? - **auch für spezifische Hilfen wie Substitution, Konsumräume, safesex/use etc.**