



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

FORSCHUNGSBERICHT 630

**Untersuchung der Auswirkungen
der Neufassung der den Leistungs-
zugang in der Eingliederungshilfe
konkretisierenden Verordnung
(Vorabevaluation
Leistungsberechtigter Personenkreis)**

Untersuchung der Auswirkungen der Neufassung der den Leistungszugang in der Eingliederungshilfe konkretisierenden Verordnung (Vorabevaluation Leistungsberechtigter Personenkreis)

Kienbaum Consultants International GmbH
Edmund-Rumpler-Straße 5
51149 Köln

Kienbaum 

mit Prof. Dr. Harry Fuchs, Prof. Dr. med. Michael Seidel und Prof. Dr. Reza Shafaei
(im Unterauftrag)

Autorinnen und Autoren
Projektteam Kienbaum:
Dr. Nikola Ornig
Mara Bartling
Katharina Vasilakis

Experten:
Prof. Dr. Harry Fuchs
Prof. Dr. med. Michael Seidel
Prof. Dr. Reza Shafaei

Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

Die Durchführung der Untersuchungen sowie die Schlussfolgerungen aus den Untersuchungen sind von den Auftragnehmern in eigener wissenschaftlicher Verantwortung vorgenommen worden. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales übernimmt insbesondere keine Gewähr für die Richtigkeit, Genauigkeit und Vollständigkeit der Untersuchungen.

Kurzbeschreibung

Die Vorabevaluation des Entwurfs der „Verordnung über den Leistungszugang in der Eingliederungshilfe“ (VOLE) hat das Ziel, vor Einführung einer neuen Verordnung zu erwartende Veränderungen hinsichtlich des leistungsberechtigten Personenkreises zu untersuchen. Insbesondere soll die VOLE gegenüber der bislang maßgeblichen Eingliederungshilfe-Verordnung (EinglHV) vor dem Hintergrund des Ziels bewertet werden, den Personenkreis dem Grunde nach unverändert zu lassen. Die interdisziplinär angelegte Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) führte hierfür juristische, medizinische und sozialwissenschaftliche Analysen zusammen. Im Ergebnis wird konstatiert, dass bei Einführung der vorliegenden Fassung der §§ 2 und 4 VOLE weder eine Ausweitung noch eine Einschränkung des beschriebenen Personenkreises zu erwarten ist. Jedoch ist festzuhalten, dass die drei Formulierungsalternativen zu § 3 VOLE in unterschiedlichem Umfang zu einer Ausgrenzung eines Teils des bisher von § 2 EinglHV erfassten Personenkreises führen. Damit die mit der Einführung der neuen medizinischen Oberbegriffe angestrebte Rechtsklarheit und einheitliche Rechtsanwendung erreicht werden kann, bedarf es laut Untersuchung einer Überarbeitung hinsichtlich der Verwendung medizinischer Begriffe.

Abstract

The aim of the ex ante evaluation of the draft "Regulation on Access to Benefits in Participation Assistance" (VOLE) is to analyse expected changes with regard to the group of persons entitled to benefits prior to the introduction of a new regulation. In particular, the VOLE is to be evaluated in comparison to the hitherto applicable Participation Assistance Regulation (EinglHV) with the aim of leaving the group of people entitled to benefits unaltered. The interdisciplinary study commissioned by the Federal Ministry of Labour and Social Affairs (BMAS) integrated legal, medical and social science analyses for this purpose. As a result, it is concluded that the introduction of the current version of §§ 2 and 4 VOLE is not expected to result in either an expansion or a restriction of the group of people eligible to benefits. However, it should be noted that the three wording alternatives to § 3 VOLE lead to an exclusion of a part of the group of people previously covered by § 2 EinglHV to varying degrees. In order to achieve the legal clarity and standardised application of the law aimed for with the introduction of the new medical generic terms, the study shows that the use of medical terms needs to be revised.

Inhalt

Tabellenverzeichnis	8
Abbildungsverzeichnis	9
Abkürzungsverzeichnis	10
Zusammenfassung	11
1. Einleitung	15
1.1 Auftragsbeschreibung	15
1.2 Forschungsfragen	16
1.3 Forschungsmethodik	17
1.3.1 Überblick zum Projektverlauf	18
1.3.2 Methodisches Vorgehen im Detail	19
1.3.2.1 Literatur- und Dokumentenanalyse	19
1.3.2.2 Explorative Interviews	21
1.3.2.3 Fallstudien	21
1.3.2.4 Validierungsworkshops	27
2. Eingliederungshilfeverordnung (EinglHV)	28
2.1 Rechtliche Einordnung	28
2.1.1 Historische Entwicklung und Ableitung	28
2.1.1.1 Bundessozialhilfegesetz (1961) und Eingliederungshilfeverordnung (1964)	28
2.1.1.2 Sozialgesetzbuch IX (2001)	29
2.1.1.3 Sozialgesetzbuch XII (2005)	30
2.1.1.4 Bundesteilhabegesetz (2016)	30
2.1.1.5 Teilhabestärkungsgesetz (2021)	30
2.1.2 Darstellung des geltenden Rechts (Schwerpunkt „Wesentlichkeit“)	31
2.1.2.1 Behinderung	31
2.1.2.2 „Wesentlichkeit“	33
2.1.2.3 Veränderung durch § 99 Abs. 4 SGB IX?	35
2.1.3 Rechtsprechung	38
2.1.3.1 Verwaltungsgerichtsbarkeit	38
2.1.3.2 Sozialgerichtsbarkeit	40
2.1.4 Würdigung	42
2.1.4.1 Zu § 1 EinglHV	42
2.1.4.2 Zu § 2 EinglHV	42
2.1.4.3 Zu § 3 EinglHV	42
2.2 Medizinische Einordnung	43
2.2.1 Historische Entwicklung	43

2.2.1.1	Der § 1 EinglHV	45
2.2.1.2	Der § 2 EinglHV	46
2.2.1.3	Der § 3 EinglHV	48
2.2.2	Beurteilungsmaßstäbe nach geltendem Recht (Schwerpunkt „Wesentlichkeit“ der Behinderung bzw. Teilhabebeeinträchtigung)	50
2.2.2.1	Zu § 1 EinglHV 2019	50
2.2.2.2	Zu § 2 EinglHV 2019	51
2.2.2.3	Zu § 3 EinglHV 2019	51
2.2.2.4	Zusammenfassung	51
2.3	Sozialwissenschaftliche Einordnung	52
2.3.1	Informationen zum Kontext der Verwaltungspraxis	52
2.3.2	Informationen zur rechtlichen Würdigung	54
2.3.3	Fallbewertung in den Fallstudien auf Basis der EinglHV	55
3.	Verordnung über den Leistungszugang in der Eingliederungshilfe (VOLE)	57
3.1	Rechtliche Beurteilung der beabsichtigten Änderungen (im Sinne einer vergleichenden Betrachtung)	57
3.1.1	§ 1 VOLE	57
3.1.2	§ 2 VOLE (Beeinträchtigung der Körperfunktionen und -strukturen einschließlich der Sinnesfunktionen)	58
3.1.3	§ 3 VOLE (Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionen)	58
3.1.4	§ 4 VOLE (Beeinträchtigung der psychischen Funktionen)	58
3.2	Medizinische Beurteilung der beabsichtigten Änderungen (im Sinne einer vergleichenden Betrachtung)	59
3.2.1	Grundsätzliche Vorbemerkung	59
3.2.2	Zu § 1 VOLE	62
3.2.3	Zu § 2 VOLE Beeinträchtigungen der körperlichen oder Sinnesfunktionen	64
3.2.4	Zu § 3 Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen	66
3.2.4.1	Grundsätzliches zu § 3 VOLE	66
3.2.4.2	Zu § 3 Alternative I (Verordnungstext und Begründungstext)	67
3.2.4.3	Zu § 3 Alternative II (nur Begründungstext)	70
3.2.4.4	Zu § 3 Alternative III (Verordnungstext und Begründungstext)	71
3.2.4.5	Zusammenfassende Bewertung der Alternativen I bis III des § 3 VOLE	71
3.2.4.6	Borderline Intellectual Functioning, Lernbehinderung, umschriebene Entwicklungsstörungen und Lernstörungen	72
3.2.4.7	Zusammenfassende Beantwortung der Fragen aus der Leistungsbeschreibung	75
3.2.4.8	Ergänzungen zur diagnostischen Kategorie Intelligenzminderung	79
3.2.4.9	Zu § 4 Beeinträchtigungen der psychischen Funktionen	79
3.2.5	Die Begriffe Erheblichkeit und Wesentlichkeit in ihrer Beziehung zu diagnostisch-klassifikatorischen Kategorien	85
3.3	Sozialwissenschaftliche Beurteilung der Änderungen, insbesondere im Prozess zur Entscheidung über die Leistungsberechtigung	90

3.3.1	Sozialwissenschaftliche Beurteilung von Veränderungspotenzialen der VOLE	90
3.3.1.1	Fallbewertung in den Fallstudien auf Basis der VOLE	91
3.3.1.2	Weitere Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess	93
3.3.2	Diskussion des Verordnungstexts und seiner Formulierungsalternativen für § 3	94
3.3.2.1	Verordnungstext in der Ausgangsformulierung (Alternative I)	95
3.3.2.2	Alternativen II und III	97
4.	Zusammenführung der Analyseergebnisse	99
4.1	Die Orientierung der §§ 2, 99 SGB IX an der Teilhabebeeinträchtigung besteht im Kontext des SGB unverändert seit 2001	99
4.2	Prüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen	100
4.3	Abbildung der wesentlichen Beeinträchtigung in den Rechtsverordnungen	101
4.4	Medizinische Terminologie – Anpassung der Begrifflichkeiten	102
4.5	Herstellung von Rechtsklarheit und einheitliche Rechtsanwendung	102
4.6	Einfluss von Verwaltungsroutinen auf den Entscheidungsprozess	103
5.	Ergebnisse zu den Forschungsfragen	105
5.1	Analyse des § 3 VOLE	105
5.2	Analyse der neuen Oberbegriffe für die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in den §§ 2 bis 4 der VOLE	106
5.3	Prüfung aller anderen Formulierungen der VOLE	107
	Literaturverzeichnis	108
	Anhang 115	
A:	Eingliederungshilfe-Verordnung (gültig am 31.12.2019)	115
B:	Verordnung über den Leistungszugang in der Eingliederungshilfe	117
	Entwurf des Verordnungstextes vom 18. Juni 2021	117
	Formulierungsalternative I für § 3	124
	Formulierungsalternative II für § 3	125
	Formulierungsalternative III für § 3	125
C:	Fragebogen zur Verwaltungspraxis	126
D:	Fragebögen zur rechtlichen Würdigung	130
	Version I: Rechtliche Würdigung der EinglHV	130
	Version II: Rechtliche Würdigung der VOLE	133

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kurzbeschreibung der Fallvignetten	24
Tabelle 2: Daten der Fallstudien vor Ort	26
Tabelle 3: Die Fassungen der Eingliederungshilfe-Verordnungen 1964, 1971, 1975 und 2019 und ihre Begrifflichkeiten	44
Tabelle 4: Die ICD-Versionen zwischen 1955 und 2023	45

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ausgangslage und Entwicklung des Entwurfs zur VOLE	15
Abbildung 2 Zielsetzung der Vorabevaluation	16
Abbildung 4: Forschungsfragen der Vorabevaluation	17
Abbildung 5: Analyseperspektiven der Vorabevaluation	18
Abbildung 6: Projektdesign	19
Abbildung 7: Übersicht der Fallvignetten	23

Abkürzungsverzeichnis

AG LPE	Arbeitsgruppe „Leistungsberechtigter Personenkreis in der Eingliederungshilfe“
BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BIF	Borderline Intellectual Functioning
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BTHG	Bundesteilhabegesetz
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EinglHV; EinglH-VO	Verordnung nach § 60 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Eingliederungshilfe-Verordnung)
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IQ	Intelligenzquotient
ITP	Integrierter Teilhabeplan
SGB	Sozialgesetzbuch
UN-BRK	Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen (United Nations)
VOLE	Verordnung über die Leistungsberechtigung in der Eingliederungshilfe
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Zusammenfassung

Forschungsfragen und Zielsetzung des Auftrags

Die mit der Implementierung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) verbundene Frage nach dem künftigen leistungsberechtigten Personenkreis in der Eingliederungshilfe konnte bisher nicht abschließend geregelt werden. Das dazu zunächst mit Art. 25a BTHG verfolgte Konzept einer quantitativen Betrachtung der Teilhabebeeinträchtigungen in den Lebensbereichen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) erwies sich nach einer wissenschaftlichen Evaluation als nicht tragfähig (ISG, 2018a). Daraufhin initiierte das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Herbst 2018 die partizipative Arbeitsgruppe „Leistungsberechtigter Personenkreis in der Eingliederungshilfe“ (AG LPE). Die Hauptaufgabe dieser Arbeitsgruppe bestand darin, Kriterien für die Neudefinition des zukünftigen leistungsberechtigten Personenkreises in der Eingliederungshilfe gemäß SGB IX zu erarbeiten. In diesem Rahmen entwickelte die Arbeitsgruppe einen Vorschlag zur Überarbeitung von § 99 SGB IX und den Entwurf einer neuen Verordnung, die den Zugang zu Leistungen konkretisiert.

Der Verordnungsentwurf trägt den Titel „Verordnung über die Leistungsberechtigung in der Eingliederungshilfe“ (VOLE). Die Struktur der VOLE orientiert sich am Aufbau der bestehenden Eingliederungshilfe-Verordnung (EinglHV) und verwendet Formulierungen, die den Begrifflichkeiten der UN-BRK und der ICF entsprechen. Trotz intensiver Bemühungen konnte innerhalb der Arbeitsgruppe bis Ende September 2019 keine vollständige Einigung über den genauen Wortlaut der VOLE erzielt werden. Während § 99 SGB IX zum 1. Juli 2021 durch den Gesetzgeber entsprechend des Vorschlags der AG LPE angepasst wurde, soll die VOLE erst nach einer Vorabevaluation auf den Weg gebracht werden.

Ziel der Vorabevaluation ist die Untersuchung der Auswirkungen der VOLE auf den leistungsberechtigten Personenkreis in der Eingliederungshilfe. Insbesondere soll die VOLE gegenüber der bislang maßgeblichen EinglHV vor dem Hintergrund des Ziels bewertet werden, den Personenkreis dem Grunde nach unverändert zu lassen. Auf Grundlage der Ergebnisse des Forschungsvorhabens soll der Verordnungsgeber entscheiden können, in welcher Form er die vorgeschlagene VOLE umsetzen möchte.

Daraus abzuleiten sind die Forschungsfragen des Auftrags: Die zentrale Frage betrifft die Veränderungen, die durch die neu formulierten Regelungen der VOLE auf den Tatbestand der Wesentlichkeit der Behinderung hervorgerufen werden könnten. Untersucht wird zudem die Frage, ob und welche Art von Veränderungen in der Beurteilung der Leistungsberechtigung durch die VOLE, inklusive ihrer drei Formulierungsalternativen für § 3, auftreten.

Methodisches Vorgehen

Bei der Vorabevaluation handelt es sich um eine interdisziplinär angelegte Untersuchung, deren Kern eine juristische Analyse bildet. Diese wurde mit einer medizinischen und einer sozialwissenschaftlichen Analyse zusammengeführt.

Die juristische Untersuchung beinhaltete eine umfassende Auswertung der höchst- und obergerichtlichen Rechtsprechung zum SGB IX, SGB XII und SGB VIII, sowie einschlägiger Fachliteratur. Bei der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichtsbarkeit zu den entsprechenden Vorschriften aus dem Recht der Eingliederungshilfe bis zum Wechsel der Zuständigkeit auf die Sozialgerichtsbarkeit sowie aus dem Recht der Kinder- und Jugendhilfe bis in die Gegenwart

beschränkte sich die Analyse auf die höchstrichterliche Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts. Bei der Sozialrechtsprechung hingegen umfasste die Analyse sowohl die obergerichtliche Rechtsprechung der Landessozialgerichte als auch die höchstrichterliche Rechtsprechung des Bundessozialgerichts im Zeitraum 2005 bis heute. Darüber hinaus war die Analyse der historischen Entwicklung der Rechtsgrundlagen mittels Auswertung der Gesetzgebungsmaterialien notwendig, um die jeweilige Rechtsprechung zeitlich und kontextual einordnen zu können. Kommentierungen zum SGB XII und zum SGB IX wurden umfassend und Publikationen in einschlägigen Fachzeitschriften weitgehend gesichtet und gewertet, um die Rezeption der Rechtsprechung innerhalb des Fachdiskurses beurteilen zu können.

In der medizinischen Analyse erfolgte ein Vergleich der konzeptionellen Grundlagen und der Begrifflichkeiten (terminologischen Grundlagen) der VOLE einerseits mit der EinglHV und deren Evolution über ihre verschiedenen Fassungen andererseits mit den Anforderungen, die sich aus dem Gesetz und dessen Bezugnahme auf die UN-BRK und der ICF ergeben. Außerdem wurden die Ausführungen der Textvorschläge zu den §§ 2 – 4 VOLE im Lichte der verbindlichen medizinischen Bezeichnung und Klassifikation im Rahmen der seit den 1990er Jahren und noch für die nächsten Jahre verbindlichen ICD-10 untersucht. Gemäß dem Auftrag wurden nötigenfalls begriffsgeschichtliche Aspekte einschließlich der Entwicklung der Klassifikationssysteme (ICD-8, ICD-9, ICD-10 und ICD-11 sowie DSM-IV und DSM-5) einbezogen. Weitere Untersuchungsaspekte betrafen die Bedeutung der medizinischen Diagnosen für die Wesentlichkeit der Teilhabebeeinträchtigung, kumulative Effekte und die Bezugnahme auf fachliche Diskussionen zu diesem Themenkomplex.

Ausgehend von den Ergebnissen der juristischen Untersuchung und der medizinischen Analyse wurde die sozialwissenschaftliche Analyse konzipiert. Den Kern der sozialwissenschaftlichen qualitativen Erhebungen bildeten umfangreiche Fallstudien mit Praktikerinnen und Praktikern, in denen die potenziellen Auswirkungen der VOLE anhand von prototypischen Fallkonstellationen simuliert wurden. Diese zu prüfenden Fallvignetten basieren auf vorausgehenden Studien sowie auf den medizinischen und juristischen Analysen und operationalisieren die Rechtstexte. Zudem bilden sie relevante Grenzfälle in der Praxis ab und exemplifizieren wesentliche Herausforderungen in der Feststellung der Leistungsberechtigung.

Für die Fallstudien wurde eine kriterienbasierte Auswahl von acht Ländern getroffen, in denen die Teilnehmenden in einem ersten Schritt über die zuständigen Landesministerien, in einem zweiten Schritt über die verschiedenen Eingliederungshilfeträger rekrutiert wurden (n=57). Den Praktikerinnen und Praktikern wurden Fallvignetten vorgelegt, für die sie die Leistungsberechtigung zunächst anhand der aktuell gültigen EinglHV (postalische Fallbearbeitung), in einem zweiten Erhebungsschritt unter Anleitung des Projektteams auf Grundlage der VOLE (Fallbearbeitung in einem gemeinsamen Vor-Ort-Termin je Land) prüfen sollten.

Darüber hinaus wurden Angaben zur Praxis der Verwaltungsverfahren bis zur Entscheidung über die Leistungsberechtigung sowie Angaben zur rechtlichen Würdigung des Sachverhalts erhoben. Die individuelle Fallbearbeitung wurde durch ausführliche Diskussionsrunden ergänzt. In länderübergreifenden Validierungsworkshops wurden die Fallstudienergebnisse sowie die zu prüfenden Formulierungsalternativen mit Praktikerinnen und Praktikern (n=22) vertiefend diskutiert und validiert.

Alle empirischen Teilergebnisse wurden im interdisziplinären Untersuchungsteam systematisch zusammengeführt.

In der Entwicklung der Fallvignetten sowie in Bezug auf die Stichprobe der Praktikerinnen und Praktiker in den Fallstudienphasen wurde auf eine ausgewogene Geschlechterverteilung geachtet.

Zusammenführung der Analyseergebnisse

Nach dem Ergebnis der juristischen Analyse haben sich die gesetzlichen Bestimmungen über den Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe seit 01.01.2005 im Grundsatz nicht verändert. Mit dem BTHG wurde in § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX zum 01.01.2018 eine neue Definition von Behinderung eingeführt, die sich an dem Verständnis der UN-BRK und der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO orientiert. Entscheidend für das neue Begriffsverständnis ist, dass Behinderung erst in Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem einer Person und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht. Bei der neuen Definition von Behinderung handelt es sich um eine sprachliche Anpassung des § 2 SGB IX an die UN-BRK. Die Bestimmungen über die Leistungsvoraussetzungen in § 99 SGB IX haben sich mithin seit fast 20 Jahren inhaltlich nicht geändert. Geändert hat sich durch das BTHG die nunmehr an der UN-BRK und der ICF orientierte Legaldefinition der Personen, für die diese Bestimmungen über die Leistungsvoraussetzungen Anwendung finden sollen. Die untergesetzlichen Rechtsverordnungen (EinglHV und VOLE) müssen diesem Recht folgen und sind bei ihrer Anwendung auch im Lichte dieser Bestimmungen auszulegen.

Die Prüfschritte zur Feststellung einer Leistungsberechtigung sind nach dem Eingliederungshilferecht aufgrund der unveränderten Rechtsgrundlage seit 2005 juristischer Standard – sowohl für die Anwendung der EinglHV als auch für die künftige VOLE. Die sozialwissenschaftliche Analyse hat jedoch gezeigt, dass diese nach dem Recht erforderlichen Prüfungen in der Praxis der EinglHV nicht durchgängig prägender Standard sind und erwartet werden muss, dass sich dies nach Einführung der VOLE auch nicht ohne Weiteres ändern wird. Dies lässt sich auf teilweise nicht an den Kriterien der §§ 2, 99 SGB IX orientierte Verwaltungsvorschriften und Arbeitsanweisungen, mithin bundesweit heterogene Verwaltungsroutinen zurückführen.

Die EinglHV hat seit ihrem Inkrafttreten 1964 wenig Änderungen erfahren. Sie wurde bis heute nicht an die mit dem SGB IX seit 2001, dem SGB XII seit 2005 und dem BTHG seit 2018 verbundenen rechtlichen Weiterentwicklungen und Veränderungen angepasst. Sie wurde zudem weiter konkretisiert durch Orientierungshilfen der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) und weitere landes-, kommunal oder trägerspezifische Arbeitsanweisungen. Durch diese vorwiegend leistungsträgerseitige Ausgestaltung der Rechtspraxis hat sich durch die Beurteilung der Wesentlichkeit der Teilhabebeeinträchtigung durch Anknüpfung an eine rein medizinische Terminologie oder gar die Gleichsetzung von Erheblichkeit einer Erkrankung mit der Wesentlichkeit einer Teilhabebeeinträchtigung eine Rechtswirklichkeit entwickelt, die in Teilen nicht mehr durch die Regelungen der §§ 2, 99 SGB IX gedeckt ist.

Mit dem vorliegenden Entwurf der VOLE sollen veraltete und defizitorientierte Begrifflichkeiten, die den Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe beschreiben, unter Orientierung an der UN-BRK und der ICF dem modernen Verständnis von Behinderung angepasst werden. Der Text der VOLE stützt jedoch das juristische Kriterium der „wesentlichen Behinderung“ (Beeinträchtigung der Teilhabe) in den §§ 2 bis 4 durchgängig auf neue medizinisch induzierte Oberbegriffe für gesundheitliche Beeinträchtigungen als Maßstab für die Beurteilung des Vorliegens einer wesentlichen Beeinträchtigung der Teilhabe. Die EinglHV enthielt demgegenüber bisher keinerlei vergleichbare Beurteilungsmaßstäbe. Die Erhebungen bei Praktikerinnen und Praktikern zeigen, dass in der Praxis in der Regel die Diagnose bzw. andere medizinische Kriterien ausschlaggebend für die Annahme oder Nichtannahme einer wesentlichen Beeinträchtigung der Teilhabe sind, ohne das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung und damit ihre „Wesentlichkeit“ weiter abzuklären. Mit der

Übernahme solcher Verwaltungsregelungen in den Verordnungstext hätten diese allerdings – wie die juristischen Definitionen – ebenfalls daraufhin überprüft werden müssen, inwieweit sie nach heutigen medizinwissenschaftlichen Standards noch den an sie zu stellenden medizinfachlichen Anforderungen genügen. Die medizinwissenschaftliche Analyse zeigt diesbezüglich Überarbeitungs- und Weiterentwicklungsbedarf des Entwurfs auf.

Die mit der Einführung der neuen medizinischen Oberbegriffe angestrebte Rechtsklarheit und einheitliche Rechtsanwendung kann nicht erreicht werden, weil die derzeitige Fassung der Oberbegriffe eine Vielzahl unterschiedlicher medizinischer Auslegungs- und Interpretationsmöglichkeiten – zum Teil auf medizinfachlich nicht haltbarer oder ungeeigneter Grundlage – eröffnet. Die Mehrheit der Teilnehmenden der Fallstudien versteht die Entwurfsformulierung als Konkretisierung der medizinischen Maßgaben, bemängelt aber, dass der Entwurf keine Ausführungen dazu enthält, nach welchen Kriterien denn auf dieser Basis die Voraussetzungen für das Vorliegen einer wesentlichen Behinderung gegeben sind. Eine noch weitergehende Auseinanderentwicklung der Bewertungs- und Entscheidungspraktiken als bisher ist daher nicht auszuschließen.

Ergebnisse zu den Forschungsfragen

Im Ergebnis wird konstatiert, dass bei Einführung der vorliegenden Fassung der §§ 2 und 4 VOLE weder eine Ausweitung noch eine Einschränkung des beschriebenen Personenkreises zu erwarten ist. Voraussetzung ist allerdings eine konsequent an den §§ 2 und 99 SGB IX sowie an der Wesentlichkeit der Behinderung (Beeinträchtigung der Teilhabe) orientierte Auslegung und Anwendung der VOLE.

Die Formulierungen der Variante I zu § 3 VOLE führen hingegen zur Ausgrenzung eines beträchtlichen Anteils des bisher von § 2 EinglHV erfassten Personenkreises. Der Umfang dieses ausgegrenzten Anteils hängt maßgeblich davon ab, wie eng § 2 EinglHV bisher ausgelegt wird. Die Alternativen 2 und 3 zu § 3 lassen dagegen mit ihrer Orientierung an dem Ergebnis der testpsychologischen Verfahren unabhängig von der Auslegung der Vorschrift eine deutliche Einschränkung des nach der EinglHV leistungsberechtigten Personenkreises erwarten.

Die mit dem Forschungsauftrag erwartete begriffshistorische sowie systematische Beleuchtung und Diskussion der neuen gesundheitlichen Oberbegriffe zeigt, dass das im zweiten Absatz der Begründung zu § 1 VOLE betonte Ziel, Gleichlauf mit den in der deutschsprachigen Übersetzung der UN-BRK und in § 2 Abs. 1 SGB IX verwendeten Begrifflichkeiten zu erreichen, durch die vorgeschlagenen Oberbegriffe für die §§ 2-4 VOLE *nicht* erreicht wird. Sowohl die amtliche deutschsprachige UN-BRK-Übersetzung als auch der § 2 Abs. 1 SGB IX verwenden den Begriff *Beeinträchtigung*, *nicht* hingegen den der *Behinderung*.

Die Formulierungen der §§ 2-4 VOLE sind im Widerspruch zum Gesetzestext, zur UN-BRK und zur ICF, und können dazu führen, dass die Wesentlichkeit der Teilhabebeeinträchtigung unmittelbar aus der Wesentlichkeit oder Erheblichkeit der Beeinträchtigung hergeleitet wird. Die sozialwissenschaftliche Analyse hat zudem festgestellt, dass in der Praxis die Diagnose und der Schweregrad einer Erkrankung in hohem Maße gleichgesetzt wird mit der Wesentlichkeit einer Teilhabebeeinträchtigung, die Begriffe häufig sogar synonym verwendet werden. Tatsächlich kann der Schweregrad einer Erkrankung nur ein Hinweis auf eine Teilhabebeeinträchtigung sein, deren tatsächliches Vorliegen und Wesentlichkeit dann noch wie dargestellt abzuklären sind.

Die Analyse der Oberbegriffe hat darüber hinaus einen erheblichen Überarbeitungsbedarf mit Blick auf die Verwendung überalterter Begriffe oder die oft inkorrekt und/oder inkonsistent oder fachlich nicht haltbare Verwendung medizinischer Begriffe gezeigt.

1. Einleitung

1.1 Auftragsbeschreibung

Der Gesetzgeber wollte mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) entsprechend den Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) insbesondere den integrativen Behinderungsbegriff der ICF sowie das biopsychosoziale Modell von Behinderung, das die Wechselwirkung von Beeinträchtigungen mit den Kontextfaktoren betont, in das nationale Behindertenrecht integrieren.

Die mit dem BTHG verbundene **Frage nach dem künftigen leistungsberechtigten Personenkreis** in der Eingliederungshilfe konnte bisher nicht abschließend geregelt werden. Das dazu zunächst mit Art. 25a BTHG verfolgte Konzept einer quantitativen Betrachtung der Teilhabebeeinträchtigungen in den Lebensbereichen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) erwies sich nach einer wissenschaftlichen Evaluation als nicht tragfähig (ISG 2018a).

Daraufhin initiierte das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Herbst 2018 die **partizipative Arbeitsgruppe „Leistungsberechtigter Personenkreis in der Eingliederungshilfe“ (AG LPE)**. Die Hauptaufgabe dieser Arbeitsgruppe bestand darin, Kriterien für die Neudefinition des zukünftigen leistungsberechtigten Personenkreises in der Eingliederungshilfe gemäß SGB IX zu erarbeiten. In diesem Rahmen entwickelte die Arbeitsgruppe einen Vorschlag zur Überarbeitung von § 99 SGB IX und den Entwurf einer neuen Verordnung, die den Zugang zu Leistungen konkretisiert. Der Verordnungsentwurf trägt den Titel **„Verordnung über die Leistungsberechtigung in der Eingliederungshilfe“ (VOLE)**. Die Struktur der VOLE orientiert sich am Aufbau der bestehenden Eingliederungshilfe-Verordnung (EinglHV) und verwendet Formulierungen, die den Begrifflichkeiten der UN-BRK und der ICF entsprechen. Trotz intensiver Bemühungen konnte innerhalb der Arbeitsgruppe bis Ende September 2019 **keine vollständige Einigung über den genauen Wortlaut** der VOLE erzielt werden.

Während § 99 SGB IX zum 1. Juli 2021 durch den Gesetzgeber entsprechend des Vorschlags der AG LPE angepasst wurde, soll die VOLE erst nach einer Vorabevaluation auf den Weg gebracht werden. Im Rahmen der Vorbereitungen für die Ausschreibung der Vorabevaluation führte das BMAS daher fünf Fachgespräche mit der oben genannten Arbeitsgruppe und erweitertem Kreis von Teilnehmenden durch. Basierend auf den Ergebnissen dieser Fachgespräche wurden zusätzliche geringfügige Anpassungen an der VOLE vorgenommen.



Abbildung 1: Ausgangslage und Entwicklung des Entwurfs zur VOLE

Ziel der Vorabevaluation war **die Untersuchung der Auswirkungen der VOLE auf den leistungsberechtigten Personenkreis** in der Eingliederungshilfe. Insbesondere sollte die VOLE gegenüber der bislang maßgeblichen EinglHV vor dem Hintergrund des Ziels bewertet werden, den Personenkreis dem Grunde nach unverändert zu lassen. Auf Grundlage der Ergebnisse des Forschungsvorhabens soll der Verordnungsgeber entscheiden können, in welcher Form er die vorgeschlagene VOLE umsetzen möchte.

Die Durchführung der Vorabevaluation wurde vom BMAS ausgeschrieben und im Juni 2022 an die Kienbaum Consultants International GmbH vergeben. Diese setzte die Vorabevaluation in Zusammenarbeit mit drei Fachexperten, Prof. Dr. Harry Fuchs, Prof. Dr. med. Michael Seidel und Prof. Dr. Reza Shafaei, um.

1.2 Forschungsfragen

Der Auftrag zielte darauf ab, die potenziellen Auswirkungen einer Umsetzung der VOLE in ihrer Fassung nach dem fünften Fachgespräch am 18.06.2021 auf den Personenkreis abzuklären, der anspruchsberechtigt für Eingliederungshilfe ist. Besondere Aufmerksamkeit galt dabei der Beurteilung der **VOLE im Vergleich zur bestehenden EinglHV**, um sicherzustellen, dass die Grundstruktur des Personenkreises unverändert bleibt. Zu dem Personenkreis gehören Personen, bei denen eine wesentliche Behinderung gemäß § 99 des Sozialgesetzbuchs IX (SGB IX) festgestellt wird.

Die Untersuchung umfasste drei zentrale Punkte:

1. Eine Analyse des § 3 VOLE, der Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen betrifft,
2. Eine Analyse der neuen Oberbegriffe für die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in den §§ 2 bis 4 VOLE
3. Eine Prüfung aller anderen Formulierungen der VOLE dahingehend, ob sie zu Veränderungen des leistungsberechtigten Personenkreises führen könnten.

Nach § 99 Abs. 1 SGB IX erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe Menschen mit Behinderungen im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 und 2, die wesentlich in der gleichberechtigten Teilhabe in der Gesellschaft eingeschränkt sind (wesentliche Behinderung) oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind. Da das Vorliegen einer wesentlichen Teilhabebeeinträchtigung danach das bedeutende Kriterium für das Vorliegen der Leistungsberechtigung ist, bildeten die mit diesem Kriterium verbundenen Aspekte einen Kernbereich der Studie.



Zielsetzung

- Analyse der Auswirkungen der gesamten VOLE im Vergleich zur EinglHV auf den leistungsberechtigten Personenkreis
- Wirkung der Formulierungen der VOLE auf den Begriff der Wesentlichkeit i. S. v. § 99 SGB IX
- Schaffung einer Entscheidungsgrundlage für den Ordnungsgeber, in welcher Form er die vorgeschlagene VOLE umsetzen möchte

Abbildung 2 Zielsetzung der Vorabevaluation

Die Grundlage hierfür bildete der Entwurf der **VOLE vom 18.06.2021** sowie **Formulierungsalternativen zu § 3 der VOLE**. Kern der Untersuchung war es, festzustellen, wie sich die insgesamt drei Alternativformulierungen der die EinglHV ersetzenden VOLE auf den Tatbestand der Wesentlichkeit der Behinderung auswirken (zu den Alternativformulierungen vgl. Anhang).

Die Forschungsfragen der Vorabevaluation leiteten sich aus ihrer Zielsetzung ab: Die zentrale Frage, die dabei aufkam, betraf die **Veränderungen**, die durch die neu formulierten Regelungen der VOLE auf den **Tatbestand der Wesentlichkeit der Behinderung** hervorgerufen werden könnten. Untersucht wurde die Frage, ob und welche Art von Veränderungen in der Beurteilung der Leistungsberechtigung durch die VOLE auftreten sowie welche Formulierungsalternativen der VOLE zu einer Veränderung beigetragen.



Forschungsfragen

- Welche Auswirkungen hätte eine Umsetzung der VOLE auf den leistungsberechtigten Personenkreis in der Eingliederungshilfe? Inwiefern ergeben sich durch die neuen Formulierungen der VOLE Auswirkungen auf den Tatbestand der Wesentlichkeit der Behinderung?
- Dies umfasst die Analyse der gesamten VOLE mit besonderem Schwerpunkt auf:
 - Die neuen Oberbegriffe für die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in den § 2 bis 4 VOLE
 - § 3 VOLE (Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen)
- Wenn die Analysen darauf hindeuten, dass sich Veränderungen ergeben, welcher Art sind diese und durch welche Formulierungen werden sie hervorgerufen?

Abbildung 3: Forschungsfragen der Vorabevaluation

Besonderes Augenmerk lag dabei auf den neuen **Oberbegriffen für gesundheitliche Beeinträchtigungen und ihre Bedeutung für die Beurteilung der Wesentlichkeit der Teilhabebeeinträchtigung**, die in den §§ 2 bis 4 der VOLE vorgestellt werden. Ein weiterer bedeutender Aspekt betraf die Formulierungsalternativen zu § 3 VOLE (inkl. Begründung), der sich mit Beeinträchtigungen der **intellektuellen Funktionen** beschäftigt.

1.3 Forschungsmethodik

Bei dem Forschungsprojekt handelte es sich um eine interdisziplinär angelegte Untersuchung, deren Kern eine juristische Analyse war. Damit verbunden waren medizinische und sozialwissenschaftliche Analysen. Die Analysen waren eng miteinander verschränkt und mündeten in die vorliegende Berichtslegung.

Die **juristische Untersuchung** beinhaltete eine umfassende Auswertung der höchst- und obergerichtlichen Rechtsprechung zum SGB IX, SGB XII und SGB VIII, sowie einschlägiger Fachliteratur. Der Fokus lag auf dem Kriterium der Wesentlichkeit.

Die **medizinische Analyse** sah einen Vergleich der konzeptionellen Grundlagen und der Begrifflichkeit der VOLE mit der EinglHV sowie den gesetzlich gegebenen Anforderungen (inklusive der dort festgeschriebenen Bezugnahme auf UN-BRK und ICF) vor.

Ausgehend von den Ergebnissen der juristischen Untersuchung und der medizinischen Analyse wurde die **sozialwissenschaftliche Analyse** konzipiert.

Veränderungen durch die neu formulierten Regelungen der VOLE ergeben sich nicht allein aus dem Text der Verordnung, sondern insbesondere auch aus der Auslegung und Anwendung der Verordnungen in der Rechtspraxis. Die sozialwissenschaftliche Analyse zielte auf die zur Beurteilung etwaiger Veränderungen notwendigen Erkenntnisse ab und war deshalb unverzichtbarer Bestandteil des Forschungsauftrages.

In der sozialwissenschaftlichen Analyse wurden relevante Akteure, einschließlich Landesministerien sowie die an der Prüfung des Leistungszugangs beteiligten Praktikerinnen und Praktiker befragt. Den Kern der sozialwissenschaftlichen qualitativen Erhebungen bildeten neben explorativen Interviews umfangreiche Fallstudien in einer Stichprobe an Ländern. Dabei wurden die potenziellen Auswirkungen der VOLE anhand von prototypischen Fallkonstellationen simuliert. Diese Fallvignetten wurden durch das Evaluationsteam entwickelt und die Auswirkungen im Vergleich zur EinglHV untersucht.

Medizinische Analyse

- Abgleich der konzeptionellen Grundlage und Begrifflichkeit der VOLE mit (1) EinglHV und (2) Anforderungen aus Gesetz, UN-BRK und ICF
- Untersuchung der §§ 2-4 VOLE im Licht verbindlicher med. Bezeichnung und Klassifikation
- Bedeutung der medizinischen Diagnosen für die Wesentlichkeit der Teilhabebeeinträchtigung
- Kumulative Effekte



Juristische Analyse

- Analyse der Rechtsprechung zu SGB IX, SGB XII und SGB VIII
- Rechtliche Würdigung der EinglHV und der VOLE
- Fokus auf das Kriterium der Wesentlichkeit

Sozialwissenschaftliche Analyse

- Entwicklung von prototypischen Fallkonstellationen in 8 Fallvignetten
- Erhebungen in ausgewählten Bundesländern
- Untersuchung der zu erwartenden Veränderungen durch die VOLE:
 - Fallbearbeitung nach EinglHV
 - Fallbearbeitung nach VOLE
- Erfassung relevanter Kontextfaktoren zur Einordnung der Ergebnisse
- Validierung

Abbildung 4: Analyseperspektiven der Vorabevaluation

1.3.1 Überblick zum Projektverlauf

Das Projekt wurde in drei Phasen umgesetzt: einer **Projektinitialisierungsphase (Phase I)**, einer Phase zur **Datenerhebung in den Ländern (Phase IIa und IIb)** sowie **Nachbereitung und Validierung der Fallstudien (Phase IIc)**, und einer abschließenden Phase zur **Synthese und Aufbereitung der Gesamtergebnisse (Phase III)**.

Die **Phase I** diente, nach einer Auftaktsitzung mit dem Auftraggeber (16.08.2022), der Exploration im Projekt, indem vorliegende und recherchierte Unterlagen analysiert sowie explorative Interviews mit relevanten Akteuren geführt wurden. In dieser Phase wurden erste Analysen der medizinischen und juristischen Untersuchung dargelegt. Zudem wurde die Datenerhebung für Phase IIa und IIb vorbereitet.

Neben der Konzeption der **Fallstudien** und **prototypischen Fallkonstellationen** wurde eine Auswahl von Ländern mithilfe von vorgelagerten Recherchen der Trägerstrukturen und regionalen Gegebenheiten getroffen. Die Fallstudien untergliederten sich in zwei Schritte (vgl. im Detail 1.3.2.31.3.2.3):

- eine schriftliche Bearbeitung von Fallvignetten auf Basis der EinglHV und eine Beantwortung eines teilstandardisierten Fragebogens zur Erfassung von Kontextfaktoren durch die Praktikerinnen und Praktiker, wobei die Unterlagen postalisch versendet wurden und
- einen gemeinsamen Vor-Ort-Termin der Praktikerinnen und Praktiker und dem Evaluationsteam in jedem der acht Länder, in dem Fallvignetten auf Basis der VOLE bearbeitet und anschließend eine leitfadengestützte Diskussion geführt wurden.

Nach Abschluss der Fallstudien wurden zunächst sämtliche individuellen oder länderspezifischen Fälle ausgewertet und in einer zusammenfassenden Form dargelegt. Daraufhin wurden Schlussfolgerungen unter Berücksichtigung der juristischen Analyse und medizinischen Analysen gezogen.

Die resultierenden Schlussfolgerungen wurden daraufhin in **Validierungsworkshops (Phase IIc)** mit ausgewählten Praktikerinnen und Praktikern aus den Ländern vorgestellt und diskutiert. Dies bildete

die Grundlage für eine umfassende **Triangulation** aller verfügbaren Daten und Analysen, gefolgt von der Erarbeitung abschließender Schlussfolgerungen und Empfehlungen.

Die Synthese und Gesamtaufbereitung (**Phase III**) bestand aus einer engen Verschränkung der juristischen, medizinischen und sozialwissenschaftlichen Analysen. In diesem Rahmen fließen die Ergebnisse der juristischen und medizinischen Untersuchung in die Auswertung der Fallstudien ein. Die Ergebnisse wurden schließlich für den **Schlussbericht** aufbereitet, in einem Workshop mit dem BMAS erörtert und im vorliegenden Bericht final dokumentiert.

In jeder Phase wurde begleitend zu den Erhebungen und Analysen ein **Fachgespräch** mit dem BMAS sowie mit Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Akteursgruppen (Landesministerien, Deutscher Landkreistag, Deutscher Städtetag, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, Leistungsträgerverbände, Verbände von Menschen mit Behinderungen) zur Vorstellung und Reflexion des Evaluationsdesigns sowie von Zwischenergebnissen umgesetzt (19.09.2022, 13.06.2023, 09.10.2023).

Die folgende Graphik stellt die Strukturierung des Projekts und die einzelnen Arbeitsschritte dar.



Abbildung 5: Projektdesign

Über den gesamten Projektverlauf erfolgte eine **enge und regelmäßige Zusammenarbeit zwischen dem Projektteam von Kienbaum und den Fachexperten**, um konzeptionelle, forschungsorganisatorische sowie die Analyse betreffende Entscheidungen gut aufeinander abzustimmen.

1.3.2 Methodisches Vorgehen im Detail

1.3.2.1 Literatur- und Dokumentenanalyse

Medizinischer Teil

In der medizinischen Analyse erfolgte ein Vergleich der konzeptionellen Grundlagen und der Begrifflichkeiten (terminologischen Grundlagen) der VOLE einerseits mit der EinglHV und deren Evolution über ihre verschiedenen Fassungen, andererseits mit den Anforderungen, die sich aus dem Gesetz und dessen Bezugnahme auf die UN-BRK und der ICF ergeben. Außerdem wurden die Ausführungen der Textvorschläge zu den §§ 2 – 4 VOLE im Lichte der verbindlichen medizinischen Bezeichnung und Klassifikation im Rahmen seit den 1990er Jahren und noch für die nächsten Jahre verbindlichen ICD-10 untersucht. Gemäß dem Auftrag wurden nötigenfalls begriffsgeschichtliche Aspekte einschließlich der Entwicklung der Klassifikationssysteme einbezogen.

Klassifikationssysteme (ICD-8, ICD-9, ICD-10 und ICD-11 sowie DSM-IV und DSM-5), aber auch

relevante Fachpublikationen wurden als Referenz herangezogen. Weitere Untersuchungsaspekte betrafen die Bedeutung der medizinischen Diagnosen für die Wesentlichkeit der Teilhabebeeinträchtigung, kumulative Effekte und die Bezugnahme auf fachliche Diskussionen zu diesem Themenkomplex.

Juristischer Teil

Die juristische Analyse bestand im Wesentlichen in der Recherche und Auswertung der für das Forschungsvorhaben einschlägigen Rechtsprechung. Sie bezog sich sowohl auf die Verwaltungs- als auch auf die Sozialgerichtsbarkeit.

Bei der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichtsbarkeit zu den entsprechenden Vorschriften aus dem Recht der Eingliederungshilfe bis zum Wechsel der Zuständigkeit auf die Sozialgerichtsbarkeit sowie aus dem Recht der Kinder- und Jugendhilfe bis in die Gegenwart beschränkte sich die Analyse auf die höchstrichterliche Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts. Bei der Sozialrechtsprechung hingegen umfasste die Analyse sowohl die obergerichtliche Rechtsprechung der Landessozialgerichte als auch die höchstrichterliche Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) im Zeitraum 2005 bis heute.

Die Recherche begann bei den zentralen juristischen Datenbanken „Juris“ und „BeckOnline“, und zwar zum einen über die einschlägigen Normen aus SGB XII, SGB IX, SGB VIII und EinglHV und zum anderen über die einschlägigen Suchbegriffe, insbesondere „Wesentlichkeit“ und „Behinderung“. Die nähere Einschränkung erfolgte über die Kombination der Suchparameter.

Anschließend folgte die inhaltliche Auswertung und Analyse der knapp 100 einschlägigen Entscheidungen, wobei die jüngere und die UN-BRK sowie deren Umsetzung berücksichtigende Rechtsprechung des BSG im Mittelpunkt der Analyse stand.

Flankiert wurde die Analyse der Rechtsprechung durch zwei weitere Recherchen: Die Analyse der historischen Entwicklung der Rechtsgrundlagen mittels Auswertung der Gesetzgebungsmaterialien war notwendig, um die jeweilige Rechtsprechung zeitlich und kontextual einordnen zu können.

Ferner wurden die Kommentierungen zum SGB XII und zum SGB IX umfassend und die Publikationen in einschlägigen Fachzeitschriften weitgehend gesichtet und gewertet, um die Rezeption der Rechtsprechung innerhalb des Fachdiskurses beurteilen zu können.

Sozialwissenschaftlicher Teil

Die gezielte Aufarbeitung von Dokumenten bildete neben den eingehenden juristischen und medizinischen Analysen eine essenzielle Grundlage für die sozialwissenschaftliche Einordnung. Die Erkenntnisse, die aus dieser Vorgehensweise gewonnen wurden, lieferten vertiefte Einblicke in die **Entstehungsgeschichte der VOLE**, den **gegenwärtigen Prozess** in Bezug auf den **Zugang zur Eingliederungshilfe** sowie die **Kontextbedingungen der VOLE-Umsetzung**. Relevante Quellen wurden über den Auftraggeber sowie in den explorativen Interviews Befragte identifiziert. Relevante Dokumente stellten u. a. dar: das Kommentarpapier zum Entwurf der Verordnung über die Leistungsberechtigung in der Eingliederungshilfe in der Fassung der Arbeitsgruppe Leistungsberechtigter Personenkreis (VOLE), einzelne Stellungnahmen/Positionspapiere der Fachverbände für Menschen mit Behinderungen zur Neuformulierung der VOLE, Studien und Gutachten (Siefert 2021; ISG 2018b), Arbeitshilfen und Statistiken (BAGüS 2009, BAGüS 2022).

1.3.2.2 Explorative Interviews

In dem Zeitraum vom 02.09. bis 26.10.2022 führte das Evaluationsteam 14 **explorative, teilstrukturierte Telefon-Interviews** mit den folgenden Zielgruppen durch: Vertreterinnen und Vertreter von Landesministerien, überregionale Akteure (z. B. kommunale Spitzenverbände, BAGüS, Deutscher Behindertenrat) und ausgewählte Träger. Die Ansprechpersonen und Kontaktdaten wurden durch den Auftraggeber zur Verfügung gestellt.

Ziel der Interviews war es, die unterschiedlichen Perspektiven der Akteure in Bezug auf die **möglichen Auswirkungen der VOLE** zu erfassen sowie **Hinweise für den weiteren Verlauf** der Vorabevaluation zu erlangen.

Die Gespräche wurden entlang von **Interviewleitfäden** geführt, die auf die jeweiligen Akteursgruppen zugeschnitten waren: ein Leitfaden für Landesministerien und überregionale Akteure und ein Leitfaden für die Träger der Eingliederungshilfe. Im Rahmen der Gespräche mit den Landesministerien und überregionalen Akteuren wurden u. a. die erwarteten Auswirkungen der Formulierungen der VOLE auf den Leistungsberechtigten Personenkreis sowie auf die Praxis und die Verfahren der Verwaltung erörtert. Des Weiteren wurden bestehende Unterschiede in der Umsetzung des aktuellen Rechts hinsichtlich des Zugangs zur Eingliederungshilfe in den verschiedenen Ländern beleuchtet. Die Interviews mit den Trägern der Eingliederungshilfe fokussierten sich vorrangig auf die gegenwärtigen Verfahren zur Prüfung der Leistungsberechtigung.

1.3.2.3 Fallstudien

Kernelement der sozialwissenschaftlichen Analyse in **Phase II** bildeten die Fallstudien.

Stichprobenziehung der Länder

Für die Durchführung von sozialwissenschaftlich angelegten Fallstudien wurde zunächst eine **kriterienbasierte Auswahl von acht Ländern** getroffen, um eine möglichst hohe Diversität in der nachfolgenden qualitativen Untersuchung abdecken zu können.

Kriterien umfassten die geographische Verteilung der Länder, die Differenzierung in Stadtstaaten und Flächenstaaten, sowie eine möglichst unterschiedliche Bevölkerungszahl. Aber auch die unterschiedlichen Strukturen in Bezug auf die Verortung der Träger wurden berücksichtigt: So wurden Länder herangezogen, welche landesweite/überregionale Trägerstrukturen aufweisen sowie kommunale Träger der Eingliederungshilfe. Des Weiteren wurde der jeweilige Umsetzungsstand der Änderungen des BTHG in den einzelnen Ländern auf Basis der Rahmenverträge abgeschätzt und als Auswahlkriterium hinzugezogen.

Ausgewählt wurden Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen.

Stichprobenziehung in den Ländern

Auf die Auswahl der Länder folgte die Stichprobenziehung und Rekrutierung der Praktikerinnen und Praktiker in den einzelnen Ländern. Die Teilnehmenden wurden in einem ersten Schritt über die zuständigen **Landesministerien**, in einem zweiten Schritt über die verschiedenen **Eingliederungshilfeträger** rekrutiert: Zunächst wurden die Sozialministerien auf Landesebene angefragt, eine Stichprobe im jeweiligen Land vorzubesprechen.

In den meisten Fällen wurde die Anfrage von den Sozialministerien an die Träger oder andere koordinierende Stellen weitergeleitet (in den meisten Ländern an die Kommunen, Kommunale Sozialverbände oder Sozialagentur), welche die Praktikerinnen und Praktiker schließlich, in Abstimmung mit dem Projektteam, rekrutiert hatten. Hierbei wurde weiterhin darauf geachtet, dass Regierungsbezirke, Stadt- und Landkreise im gleichen Maße abgebildet wurden.

Für die Gewinnung der Teilnehmenden erarbeitete das Projektteam Unterlagen, welche von den Landesministerien an die Praktikerinnen und Praktiker versendet werden konnten. Darin wurde das Ziel der Vorabevaluation sowie Ziele und Ablauf der Fallstudien (inkl. Datenschutzinformationen) näher erläutert.

Aus diesem Prozess wurden insgesamt 62 Praktikerinnen und Praktiker für die Teilnahme an den Fallstudien gewonnen, wobei sich in der Umsetzung der Fallstudien **insgesamt 57 Personen an beiden Schritten (postalische Befragung und Vor-Ort-Termin) beteiligten**. Die Angaben dieser Personen wurden in die Auswertung einbezogen (n=57). Die Gruppengröße der Teilnehmenden pro Land reichte von sechs bis zwölf Personen.

In **Vorbereitung auf die Durchführung der Fallstudien** fanden zwei halbstündige, **bundeslandübergreifende Briefings der Teilnehmenden** per Videokonferenz statt (24.03.2023, 30.03.2023). Hierzu wurden alle Teilnehmenden der Fallstudien eingeladen. In der Einladung zur Videokonferenz wurde darauf hingewiesen, ohne Video und Klarnamen teilzunehmen, sodass die Anonymität der Teilnehmenden weiterhin gewährleistet werden konnte. Das Briefing umriss den Forschungsauftrag sowie den Aufbau der Fallstudien in Kürze. Die postalische Fallbearbeitung sowie die Durchführung der Fallbearbeitung vor Ort wurden schrittweise erläutert. Zudem wurden Hinweise in Bezug auf den Datenschutz erläutert. Schließlich folgte ein Q&A über den Chat, welches dokumentiert und im Anschluss an die zwei Informationstermine an die Teilnehmenden versandt wurde.

Der **Teilnehmendenkreis** der Praktikerinnen und Praktiker war insgesamt sehr **heterogen**, sowohl innerhalb einiger Länder als auch im Vergleich zwischen den Ländern:

- Die Teilnehmenden der Fallstudien hatten diverse berufliche Hintergründe. So waren die meisten Teilnehmenden der Sachbearbeitung (15) oder dem Fallmanagement (13) zugeordnet. 12 Teilnehmende fielen unter die Kategorie der Sachgebiets-/Bereichs-/ oder Referatsleitung. Ärztinnen und Ärzte (4), Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter (3), sowie Abteilungsleitungen (3) waren weniger oft vertreten. Zudem waren weitere Gruppen (Sonstige = 4) vertreten. Dies ist vor allem darin begründet, dass in den Ländern unterschiedliche Personen an der Prüfung des leistungsberechtigten Personenkreises beteiligt sind.
- Nicht alle Teilnehmenden haben die gleichen Entscheidungsbefugnisse: Die Entscheidung darüber, ob die Leistungsvoraussetzungen für eine Antragstellerin bzw. für einen Antragsteller gegeben sind, treffen zwei Drittel der Praktikerinnen und Praktiker selbst, in den anderen Fällen entscheiden darüber unmittelbare Vorgesetzte oder das Team.
- Zudem wurden durch die Auswahl der Länder unterschiedliche Trägerstrukturen der Eingliederungshilfe und folglich unterschiedliche Prüfungsprozesse abgebildet.

Datenschutz

Das Projekt verfügte über ein **grundlegendes Datenschutzkonzept**, in dem, orientiert an der DSGVO und hier insbesondere an den Prinzipien für die Verarbeitung personenbezogener Daten nach Art. 5 sowie dem BDSG, sichergestellt wurde, dass personenbezogene Daten gesetzeskonform und im Sinne der Betroffenen verarbeitet wurden.

Mit der Zusendung der ersten Fallbearbeitung (postalisch) wurde den Teilnehmenden eine **Einverständniserklärung** zugeschickt, die zusammen mit den Unterlagen unterschrieben zurückgesendet wurde. Die Teilnehmenden wurden darin ausdrücklich angewiesen, nicht mit Dritten über Teilnehmende, Ablauf und Inhalte der Fallstudie zu sprechen, sowie Unterlagen und weitere Informationen nicht schriftlich weiterzugeben. Die Daten der beiden schriftlichen Befragung wurden **pseudonymisiert** erhoben und verarbeitet. Die Ergebnisse wurden anschließend für alle Teilnehmenden zusammengeführt (aggregiert) ausgewertet, d. h. sie konnten in der Ergebnisdarstellung *nicht* auf einzelne Personen oder Träger zurückgeführt werden. Es erfolgte zu keinem Zeitpunkt eine namentliche Nennung der Teilnehmenden, weder in der Auswertung oder Berichtslegung der Evaluation noch gegenüber dem Auftraggeber.

Entwicklung der Fallkonstellationen/Fallvignetten

Parallel zu den oben genannten Vorbereitungsschritten für die Fallstudien wurden **acht prototypische Fallkonstellationen** konzipiert, die die Grundlage für beide Schritte der Fallbearbeitung (nach EinglHV und VOLE) bildeten.

1	2	3	4	5	6	7	8
Lernbehinderung und Verhaltensprobleme	Kind mit Diabetes mellitus Typ 1	Arbeit mit geistiger Behinderung	Schwere, beidseitige Coxarthrose, Ess- & Angststörung	Depression, Poly-artikuläre Beschwerden	Lernbehinderung, Entwicklungsstörung	Abhängigkeits-erkrankung	Lernbehinderung

Abbildung 6: Übersicht der Fallvignetten

Diese Fallvignetten basierten auf vorangegangenen Studien (Deutscher Bundestag 2018) sowie den vorangegangenen medizinischen und juristischen Analysen. Sie operationalisierten die **Rechtstexte** und hatten den Anspruch, realistisch und praxisnah zu sein, was von den Teilnehmenden nachfolgend ausdrücklich bestätigt wurde. Zudem bildeten sie **relevante Grenzfälle in der Praxis** ab und **exemplifizierten** wesentliche **Herausforderungen** in der Feststellung der Leistungsberechtigung. In Summe bildeten sie alle in der rechtlichen und medizinischen Analyse identifizierten, zu untersuchenden Aspekte ab.

Im Folgenden werden die einzelnen Fallvignetten in Kürze beschrieben. Die Teilnehmenden der Fallstudien erhielten deutlich ausführlichere Beschreibungen, in denen alle für eine Begutachtung relevanten Informationen bereits enthalten waren (d. h. es waren keine weiteren fallspezifischen Unterlagen, wie medizinische Gutachten oder ähnliches, nötig).

1	Kevin R. (23 Jahre) berichtet von Problemen darüber, seinen eigenen Alltag zu bewältigen. Er zeigt Auffälligkeiten im sozialen Umgang (z. B. Konflikte mit der Pflegefamilie, körperliche Auseinandersetzungen) und hat Schwierigkeiten, dauerhaft in Ausbildung und Arbeit zu verbleiben. Im Raum stehen ein Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Syndrom und ein Fetales Alkoholsyndrom, zweifelsfreie Diagnosen liegen jedoch nicht vor. Der IQ liegt bei 72.
2	K. (8 Jahre) hat Diabetes mellitus Typ 1 und wird mittels Insulinpumpe behandelt. Für diese Behandlung ist das Kind auf Unterstützung angewiesen. Es wurde ein Grad der Behinderung von 50 und das Merkzeichen H zuerkannt. Beantragt wurde eine Schulbegleitung als Teilhabeassistenz, die Mutter kann aufgrund ihrer Berufstätigkeit keine Betreuung leisten, dies ist seitens Schule und behandelndem medizinischen Personal bestätigt.
3	Frau A. (24 Jahre) beantragt Eingliederungshilfe für die Arbeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen. Mehrere Gutachten bestätigen eine leichte Einschränkung des intellektuellen Leistungsvermögens in Kombination mit einer seelischen Behinderung.

	Der Gesamt-IQ liegt bei 70, vom Versorgungsamt würde ein Grad der Behinderung von 50 festgestellt und eine Betreuerin bestellt.
4	Frau C. (48 Jahre alt) hat eine schwere Coxarthrose mit weitgehender Einsteifung der Hüftgelenke (operativ nicht behandelbar) sowie eine Angststörung, chronische Schmerzstörung und Essstörung. Es wurde ein Grad der Behinderung von 100, das Merkzeichen aG und ein Pflegegrad 3 ermittelt. Der persönliche Assistenzbedarf wird weitgehend durch den Ehemann abgedeckt. Eine Berufstätigkeit wird nicht angestrebt. Beantragt ist eine Unterstützung im Haushalt, u. a. da der Mann gesundheitliche Probleme hat.
5	Frau M. (42 Jahre) leidet an einer Depression und lebt mit ihrem Ehemann, der eine Lernbehinderung hat, zusammen. Die Unterstützung, die sie zur Bewältigung des Haushalts und Alltags bekommt, finanzieren die Eltern. Die Weiterbeschäftigung von Frau M. ist aufgrund von Arbeitsausfällen gefährdet. Zur Diskussion steht eine dauerhafte persönliche Assistenz in Form von pädagogischer/fachlicher Begleitung. Der Ehemann kann diese nicht leisten.
6	Frau W. (21 Jahre) hat eine Lernbehinderung bei einem IQ von 70. Bei alltäglichen Tätigkeiten braucht sie Beaufsichtigung und Erinnerung. Ihre sozialen Beziehungen außerhalb des Verhältnisses zur Mutter sind von Diskontinuität geprägt. Sie ist geringfügig beschäftigt und hat eine pädagogische Assistenz für vier Stunden in der Woche. Beantragt ist eine persönliche Assistenz oder die Aufnahme in eine betreute Wohngemeinschaft mit intensiver Begleitung.
7	Herr X leidet unter einem Alkoholabhängigkeitssyndrom und einer chronischen Depression. Zur Diskussion steht eine Leistung des ambulant betreuten Wohnens mit Fachleistungsstunden sowie tagesstrukturierende Maßnahmen. Seitens der behandelnden Psychiaterin ist eine seelische Behinderung bestätigt, aus Sicht der Sozialarbeiterin ist die Alltagsbewältigung allein nicht zu schaffen. Eine erneute Entziehungskur wird von der Psychiaterin als wenig erfolgsversprechend eingeschätzt. Ein weiterer Psychiater hält die Behandlung für erforderlich.
8	Dirk Z. (19 Jahre) wurde die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung abgelehnt, er wünscht sich jedoch Assistenz im Alltag. Er hat Lernschwierigkeiten, ist unsicher im sozialen Kontakt und hat keinen Abschluss, aber eine feste Arbeit. Im Alltag fehle ihm laut eigener Einschätzung Struktur und Ordnung im Haushalt. Konkrete Unterstützung von seiner Familie bekommt er dabei nicht. Sein IQ wurde mit 75 eingeschätzt.

Tabelle 1: Kurzbeschreibung der Fallvignetten

Die sozialwissenschaftliche Erhebung und Auswertung erfolgte sowohl bei der Bearbeitung nach der EinglHV als auch bei der nach der VOLE unabhängig von den nach Auffassung der Experten bei rechtlich zutreffender Bearbeitung der Fallvignetten zu erwartenden Ergebnisse der Prüfung der Leistungsberechtigung. Die Ergebnisse der sozialwissenschaftlichen Erhebung wurden in der Zusammenfassung (Kapitel 4) und im Kapitel 5 (Ergebnis der Forschungsfragen) mit der juristischen und medizinischen Analyse zusammengeführt.

Pilotierung der Fallstudien

Die Erhebungsinstrumente und das methodische Vorgehen der Fallstudien wurden am 14.02.2023 in einer Pilot-Fallstudie praxisbezogen getestet und einzelne Anpassungen entsprechend der Rückmeldung der Teilnehmenden umgesetzt. Die Pilotierung fand mit insgesamt sieben Personen aus einem Land in einem ganztägigen Workshop statt, wobei die Erhebungsinstrumente (Fragebögen), die Fallvignetten sowie der VOLE-Text getestet wurden.

Im Nachgang der Pilotierung flossen unter anderem der Wunsch nach einer längeren Einlesezeit für die VOLE und Anmerkungen zu den Fallvignetten in die Finalisierung des Vorgehens und der Erhebungsinstrumente ein.

Durchführung der Fallstudien

Die Fallstudien gliederten sich in eine **erste Fallstudienphase** (postalische Fallbearbeitung) sowie eine **zweite Fallstudienphase** (Fallstudienbearbeitung vor Ort).

Die erste Fallstudienphase beinhaltete die Prüfung der Leistungsberechtigung in den acht prototypischen Fällen auf Basis der EinglHV. Die postalische Fallbearbeitung erfolgte vom 11.04.2023 (Versand der Unterlagen) bis 30.04.2023. Den Teilnehmenden wurden folgende Unterlagen, mit Bitte um Bearbeitung und postalische Rücksendung an das Evaluationsteam, zugeschickt:

- Acht prototypische Fallkonstellationen
- Text der Eingliederungshilfeverordnung
- Antwortbogen für die Fallprüfung
- Zwei auszufüllende Fragebögen

Die für die Erfassung der Kontextfaktoren entwickelten Fragebögen wurden in Anlehnung an die Hinweise von Porst (2014, S. 146f) zur Dramaturgie eines Fragebogens strukturiert. Insgesamt umfassten die Fragebögen 27 Items; darunter bezogen sich 17 Items auf den Ist-Zustand und 10 Items auf die Bewertung der Relevanz, jeweils bezogen auf die inhaltlichen Themenkomplexe. Es wurde angestrebt, dass die Beantwortung der Fragen nicht länger als 15-20 Minuten beträgt. Dies hatte sich empirisch als realistische Einschätzung erwiesen (Median: 14,4 Minuten, Arith. Mittel: 18,9 Minuten).

Ein Fragebogen erfasste Angaben zur Praxis des Verfahrens bis zur Entscheidung über die Leistungsberechtigung. So wurde beispielsweise erfragt, welche Kriterien für die Entscheidung relevant sein könnten, aus welchen Unterlagen die relevanten Kriterien ersichtlich sind und welche Informationsgrundlagen für die Entscheidung herangezogen werden. Der zweite zu bearbeitende Fragebogen erfasste Angaben zur rechtlichen Würdigung des Sachverhalts. Hier wurden u. a. Fragen zur Relevanz von Rechtsvorschriften (z. B. von § 2 und § 99 SGB IX), zu den juristischen Prüfschritten und -umfängen sowie letztlich zur Bewertung der für die Entscheidung relevanten juristischen Kriterien gestellt.

Der Fragebogen zur Verwaltungspraxis wurde einmalig erhoben, weil die vorhandenen Verwaltungsverfahren auf der Grundlage der EinglHV bei der Anwendung der VOLE erwartungsgemäß – durch die Diskussionsrunden von den Teilnehmenden nach der Fallbearbeitung bestätigt – keine signifikante Veränderung erfahren dürften. Der Fragebogen zur rechtlichen Würdigung wurde, mit entsprechenden auf den jeweiligen Verordnungstext zugeschnittenen Anpassungen, jeweils für die Anwendung der EinglHV und die VOLE getrennt erhoben.

Die **zweite Fallstudienphase** wurde **vor Ort** durchgeführt, indem die Fallbearbeitung auf Basis der VOLE durch das Projektteam betreut wurde. Alle Fallstudien-Workshops wurden an einem zentralen Ort in jedem Land durchgeführt, meist in den Räumlichkeiten der Landessozialministerien.

Land	Datum des Vor-Ort-Termins
Baden-Württemberg	02.05.2023
Bayern	10.05.2023
Hamburg	16.05.2023
Niedersachsen	23.05.2023
Rheinland-Pfalz	04.05.2023
Sachsen	09.05.2023
Sachsen-Anhalt	08.05.2023

Tabelle 2: Daten der Fallstudien vor Ort

Die Fallstudie startete mit einer Begrüßung und Einleitung durch das Projektteam und in einzelnen Fällen durch einen Vertreter oder eine Vertreterin des Landesozialministeriums. Die Teilnehmenden wurden anschließend mit der VOLE vertraut gemacht, indem sie zunächst den Text der VOLE erhielten. Nachdem die VOLE von den Teilnehmenden gelesen wurde, wurde ein erklärendes bzw. begleitendes Video eines Fachexperten abgespielt, in welchem die VOLE selbst, sowie die Begründung und Entstehung der VOLE erläutert wurden.

Den Teilnehmenden wurde jeweils der Verordnungstext bzw. die **Ausgangsformulierung** der VOLE zur Verfügung gestellt, daher handelte es sich bei dem bearbeiteten Verordnungstext zunächst um die **Alternativformulierung 1**. Die dazugehörige Begründung wurde im begleitenden Video des Fachexperten mündlich erörtert. Aufgrund der bereits anspruchsvollen Auseinandersetzung mit dem VOLE-Text wurde methodisch entschieden, zur Vermeidung einer Überforderung der Teilnehmenden, denen die Texte zuvor nicht bekannt waren, nicht alle drei Formulierungsalternativen bereits in der Fallbearbeitung vorzulegen.

Die Behandlung der **Alternativformulierungen 2 und 3** mit den entsprechenden Begründungen fand inhaltlich mit einem ersten Ansatz in den Diskussionen im Anschluss an die Fallbearbeitungen und später vertiefend und ausführlich in den Validierungsworkshops statt.

Im Anschluss an die Einführung zur VOLE und die Fallbearbeitung wurden in allen Ländern ausführliche **Diskussionsrunden** durchgeführt (ca. 1 - 2 Stunden). Folgende Leitfragen wurden für die Diskussion herangezogen:

- Haben Sie Anmerkungen, die nicht die einzelnen Fallvignetten betreffen, sondern die Fallbearbeitung insgesamt?
- Wo sehen Sie Präziserungsbedarf bezüglich des VOLE-Textes?
- Welche Unterschiede sind Ihnen bezüglich der Bewertung der Leistungsberechtigung gegenüber der ersten Fallbearbeitung aufgefallen?
- Wie würde sich Ihre Arbeit verändern, wenn die VOLE die Bewertungsgrundlage darstellen würde?
- Gibt es Besonderheiten/besondere Herausforderungen in Ihrem Land, die bei der Einführung und Umsetzung der VOLE berücksichtigt werden müssen?
- Gibt es weitere Richtlinien/Arbeitsanweisungen, die Sie für die Bewertung der Fälle heranziehen? (Können Sie uns diese im Anschluss zur Verfügung stellen?)

Die Diskussion enthielt u. a. Hinweise zum Verordnungstext und Einschätzungen zu möglichen Veränderungen des leistungsberechtigten Personenkreises durch die VOLE sowie zu Bundeslandspezifika. Die Teilnehmenden hatten dabei Aspekte herausgearbeitet, die sich durch die Einführung der VOLE in ihrer Arbeit und insbesondere in der **Bewertung der Leistungsberechtigung** verändern würden. Das für alle Teilnehmenden standardisierte Vorgehen ermöglichte einen Abgleich

der Bewertungen und Entscheidungsfindung auf der Grundlage der EinglHV (erste Fallbearbeitung) und auf der Grundlage der VOLE (zweite Fallbearbeitung).

Erste Auswertung und Systematisierung von Ergebnissen

Die Ergebnisse der Fallstudien wurden qualitativ ausgewertet und für das gesamte Projektteam aufbereitet. Dabei wurden zunächst die Fragebögen aus den zwei Fallstudienphasen ausgewertet und erste Tendenzen, Auffälligkeiten und Besonderheiten identifiziert. Im zweiten Schritt wurde die Diskussion aus der zweiten Fallstudienphase vor Ort ergänzend hinzugezogen.

1.3.2.4 Validierungsworkshops

Basierend auf den Fallstudienresultaten wurden **Validierungsworkshops** abgehalten, welche die Ergebnisse aus Sicht der Praktikerinnen und Praktiker reflektierten und die Verbindung zur juristischen und medizinischen Analyse herstellten.

Zu den Validierungsworkshops wurden alle an den Fallstudien beteiligten Praktikerinnen und Praktiker eingeladen, indem diese einzeln mit einem Online-Link zur Abstimmung der Terminoptionen kontaktiert wurden. Für jeden Termin waren maximal sechs Teilnehmende vorgesehen. Nach der Ausbuchung der Termine wurde die Terminabstimmung geschlossen und die eingetragenen Teilnehmenden erneut mit einer **Terminagenda** sowie den **Formulierungsalternativen** adressiert. Die Workshops wurden am 03.08., 08.08., 14.08., und 16.08.2023 mit einer Dauer von jeweils zweieinhalb bis drei Stunden digital durchgeführt. Der Teilnehmendenkreis war sehr heterogen, da er sich aus Praktikerinnen und Praktiker verschiedenster Länder zusammensetzte. Insgesamt nahmen 22 Personen an den Workshops teil.

Im Rahmen der vier Validierungsworkshops wurden ausgewählte **Ergebnisse aus den Fallstudien reflektiert** und vertiefend betrachtet. Im Fokus standen dabei insbesondere die Fragestellungen:

1. Was prägt die Entscheidungsfindung?
2. Wie sind widersprüchliche Entscheidungen zu erklären?
3. Welche Rolle spielen die Formulierungsalternativen zu §3 VOLE bei der Prüfung der Fallkonstellationen?

Nach der Vorstellung ausgewählter Ergebnisse der Fallstudienbearbeitung wurde eine auf Leitfragen basierte Diskussion zur Entscheidungsfindung über die Zugehörigkeit zum leistungsberechtigten Personenkreis durchgeführt, mit der Widersprüche und Verständnisfragen zu unterschiedlichen Praktiken ausgeräumt wurden. In der zweiten Hälfte des Workshops befassten sich die Teilnehmenden vertieft mit den Formulierungsalternativen zu § 3 VOLE: Nach einem entsprechenden Input durch die Fachexperten wurden Veränderungen, Herausforderungen und Einschätzungen hinsichtlich der Auswirkungen auf die Praxis in den unterschiedlichen Verwaltungsverfahren erörtert. Die Ergebnisse der Validierungsworkshops wurden anhand der Clusterung der Fallstudienresultate systematisiert aufbereitet, sodass diese transparent in die Abschluss-Synthese bzw. in den Endbericht einfließen konnten.

2. Eingliederungshilfeverordnung (EinglHV)

2.1 Rechtliche Einordnung

Die Inkraftsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in Deutschland und die Einführung der ICF auf internationaler Ebene hatten den Bundesgesetzgeber veranlasst, mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) insbesondere dem integrativen Behinderungsbegriff der ICF, dem biopsychosozialen Modell von Behinderung (Wechselwirkung der Beeinträchtigungen mit den Kontextfaktoren) – aufgegriffen in der UN-BRK – und der Begrifflichkeit der ICF – Geltung zu verschaffen. Die ursprünglich in Art. 25a BTHG vorgesehene Regelung hatte sich in der wissenschaftlichen Evaluation als ungeeignet erwiesen. Daraufhin erarbeitete eine Arbeitsgruppe einen neuen Formulierungsvorschlag für den § 99 SGB IX und den Entwurf einer neuen, die Eingliederungshilfe ersetzenden „Verordnung über die Leistungsberechtigung in der Eingliederungshilfe – VOLE“. Die VOLE soll sich im Aufbau an der bisherigen Eingliederungshilfeverordnung sowie an den Begrifflichkeiten der ICF orientieren.

Im Zuge der Reform des Eingliederungshilferechts durch das BTHG wurde auch der leistungsberechtigte Personenkreis im Sinne des § 99 SGB IX neu definiert.

Bereits zum 01.01.2018 wurde in § 2 SGB IX der Begriff der „Behinderung“ durch den der „Menschen mit Behinderung“ abgelöst und auch inhaltlich wesentlich neu gefasst und erweitert. Die Neufassung des § 2 SGB IX entspricht dem Verständnis der UN-BRK, die ihrerseits der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) der Weltgesundheitsorganisation folgt.

Die UN-BRK knüpft nicht ausschließlich an der funktionellen Beeinträchtigung des Menschen und die dadurch verursachten Einschränkungen an, sondern bezieht umweltbedingte Barrieren mit ein. Behinderung manifestiert sich nach diesem Verständnis erst durch gestörte oder nicht entwickelte Interaktion zwischen dem Individuum und seiner materiellen und sozialen Umwelt. Folglich sind nach § 2 Abs. 1 SGB IX Menschen mit Behinderungen solche 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 sechs Monate hindern können“.

Ausweislich der Gesetzesbegründung ist mit der Neufassung durch das BTHG eine Ausweitung des Behinderungsbegriffs nicht beabsichtigt, vielmehr soll sie nur deklaratorischen Charakter haben und der Rechtsklarheit dienen (BT-Drs. 18/9522, S. 227). Einigkeit bestand ferner darüber, dass nach der Neudefinition des Begriffs „Menschen mit Behinderung“ auch der leistungsberechtigte Personenkreis der Eingliederungshilfe zwar im Lichte der UN-BRK sowie der ICF neu definiert werden soll, eine tatsächliche Änderung des bisher leistungsberechtigten Personenkreises jedoch nicht beabsichtigt ist (vgl. BT-Drs. 18/9522, 276 und BT-Drs. 18/10523, S. 84).

2.1.1 Historische Entwicklung und Ableitung

2.1.1.1 Bundessozialhilfegesetz (1961) und Eingliederungshilfeverordnung (1964)

Das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) von 1961 legte in § 39 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-5 den leistungsberechtigten Personenkreis für die als Eingliederungshilfe bezeichneten Leistungen fest. Danach waren Körperbehinderte (Nr. 1), Blinde (Nr. 2), Hörbehinderte (Nr. 3), Sprachbehinderte (Nr. 4) und geistig Behinderte (Nr. 5) leistungsberechtigt. Lediglich für die Anspruchsberechtigung der

Hörbehinderten, Sprachbehinderten und Körperbehinderten verlangte die Norm zusätzlich das Merkmal „nicht nur vorübergehend wesentlich“. Diese gesetzgeberische Differenzierung lässt die Vermutung zu, dass ursprünglich nur bei diesen Behinderungen eine Qualifikation der Anspruchsberechtigung zwecks Abgrenzung von „wesentlich Betroffenen“ von „weniger wesentlich Betroffenen“ geboten erschien, während Blinde und geistig Behinderte auch ohne das zusätzliche Tatbestandsmerkmal („wesentlich“) als anspruchsberechtigt angesehen wurden.

Die Eingliederungshilfeverordnung (EinglHV) von 1964 konkretisierte in §§ 2 und 3 die „wesentliche Behinderung“ für Hör- und Sprachgeschädigte im Sinne § 39 Abs. 1 BSHG mit der Formulierung „die ihre Fähigkeit für eine Teilnahme am Leben in der Gesellschaft, vor allem (...) im Arbeitsleben nicht oder nur unzureichend verwerten können“, und benannte jeweils die der Anforderung entsprechenden Personenkreise (Gehörlose, Personen, bei denen das Gehör nur mit Hörhilfen möglich ist, Personen, die nicht sprechen können, stark stammelnde oder stotternde Personen oder solche, deren Sprache stark unartikulierte ist).

§ 5 EinglHV konkretisierte den Kreis der Personen mit schwach entwickelten geistigen Kräften dahingehend, dass diese wegen ihrer Schädigung am Leben in der Gemeinschaft, vor allem am Arbeitsleben, nicht oder nur unzureichend teilnehmen können, ohne auf das Kriterium der „Wesentlichkeit“ einzugehen.

Mit dem durch das „Zweite Gesetz zur Änderung des Bundessozialhilfegesetzes“ vom 14.08.1969 (BGBl. I, 1153) angefügten § 39 Abs. 1 Nr. 6 BSHG erhielten auch seelisch wesentlich Behinderte Anspruch auf Eingliederungshilfe, wobei die geänderte EinglHV – unter Rücknahme der Definition der geistig Behinderten (§ 3a EinglHV) – seelisch Behinderte entsprechend den Hör- und Sprachbehinderten definierte und die „Wesentlichkeit“ bei Vorliegen von Psychosen, Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, Suchtkrankheiten, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen bejahte.

Das „Dritte Gesetz zur Änderung des Bundessozialhilfegesetzes“ vom 25.03.1974 (BGBl. I, 777) vollzog mit der Neufassung des § 39 Abs. 1 BSHG auch in der Sozialhilfe den Übergang von der Kausalität von Behinderungsursachen zur Finalität des Eingliederungsziels.

Zum einen begründete Satz 1 der Vorschrift mit einem allgemein gefassten Behindertenbegriff und der Formulierung des Kreises als „Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert sind“ die Gleichstellung möglicher Beeinträchtigungsarten und zum anderen eröffnete Satz 2 Ermessen bei der Entscheidung, Personen mit einer anderen – nicht wesentlichen – Behinderung Eingliederungshilfe zu gewähren.

Die späteren Änderungen mit der neu eingeführten Systematik der §§ 1 bis 3 EinglHV behielten die seit 1975 festgelegten, inhaltlichen und an einzelnen Schädigungen anknüpfenden Konkretisierungen bei.

2.1.1.2 Sozialgesetzbuch IX (2001)

Nach der Einführung des SGB IX im Jahre 2001 und der ausdrücklichen Bezugnahme des § 39 Abs. 1 BSHG auf den allgemeinen Behinderungsbegriff des § 2 Abs. 1 SGB IX ist leistungsberechtigt gewesen, wer durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX wesentlich in der Fähigkeit eingeschränkt ist, an der Gesellschaft teilzuhaben.

2.1.1.3 Sozialgesetzbuch XII (2005)

2005 wurde die Formulierung aus dem BSHG unverändert in § 53 Abs. 1 SGB XII übernommen. **Die Bezugnahme der Vorschrift zur Prüfung der Leistungsberechtigung auf den Behinderungsbegriff des § 2 Abs. 1 SGB IX besteht danach seit 2001, im Kontext der Bücher des Sozialgesetzbuches jedenfalls seit 2005 unverändert.**

2.1.1.4 Bundesteilhabegesetz (2016)

Im ursprünglichen Entwurf des BTHG (BT-Drs. 18/9522) war zunächst eine Neudefinition des leistungsberechtigten Personenkreises der Eingliederungshilfe bereits mit Wirkung ab dem 01.01.2020 vorgesehen. Eingliederungshilfe sollte danach denjenigen Menschen mit Behinderung i.S.v. § 2 SGB IX gewährt werden, deren Beeinträchtigungen Folge einer Schädigung der Körperfunktion und -struktur sind und die in erheblichem Maße in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind. Eine Einschränkung der Teilhabefähigkeit in erheblichem Maße sollte danach vorliegen, wenn die Ausführung von Aktivitäten in mindestens fünf von neun (in der Entwurfsfassung von § 99 Abs. 2 SGB IX näher aufgeführten) Lebensbereichen nicht ohne Unterstützung möglich oder in mindestens drei dieser Lebensbereiche auch mit Unterstützung nicht möglich ist.

Im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens wurde die Entwurfsfassung von § 99 SGB IX verworfen und als Art. 25a BTHG in das Gesetz übernommen mit der Maßgabe, dass sie erst zum 01.01.2023 in Kraft treten sollte. In der Zwischenzeit sollten die Systemgerechtigkeit und Praktikabilität dieser Vorlage durch eine wissenschaftliche Untersuchung nach Art. 25 Abs. 5 BTHG geprüft werden. Der Untersuchungsbericht kam zu dem Ergebnis, dass die „Fünf von Neun“-Regel nicht systemgerecht sei und zu Rechtsschutz- und Anspruchslücken für verschiedene Gruppen von Menschen mit Behinderungen führen würde. Sie sei vor allem problematisch für Menschen mit psychischen Behinderungen. In der Fachöffentlichkeit stieß der Untersuchungsbericht auf weitgehende Zustimmung (vgl. Kohte, in: Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX, § 99 Rn. 2). Im Rahmen eines vom BMAS initiierten, partizipativen Prozesses wurde ein Vorschlag zur Neufassung des § 99 SGB IX und ein Entwurf einer neuen, den Leistungszugang konkretisierenden Verordnung erarbeitet.

2.1.1.5 Teilhabestärkungsgesetz (2021)

Zum 01.07.2021 wurde die bisherige Fassung des § 99 SGB IX durch das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sowie zur landesrechtlichen Bestimmung der Träger der Sozialhilfe (Teilhabestärkungsgesetz) (BT-Drs. 19/27400 vom 9.03.2021) neugefasst. In seiner aktuellen Fassung lautet § 99 SGB IX (Leistungsberechtigung, Verordnungsermächtigung) wie folgt:

„(1) Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten Menschen mit Behinderungen im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 und 2, die wesentlich in der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind (wesentliche Behinderung) oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe nach § 90 erfüllt werden kann.

(2) Von einer wesentlichen Behinderung bedroht sind Menschen, bei denen der Eintritt einer wesentlichen Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

(3) Menschen mit anderen geistigen, seelischen, körperlichen oder Sinnesbeeinträchtigungen, durch die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren in der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind, können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.

(4) Die Bundesregierung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Bestimmungen über die Konkretisierung der Leistungsberechtigung in der Eingliederungshilfe erlassen. Bis zum Inkrafttreten einer nach Satz 1 erlassenen Rechtsverordnung gelten die §§ 1 bis 3 der Eingliederungshilfe-Verordnung in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung entsprechend.“

Absatz 1 entspricht dem bis zum 31.12.2019 geltenden § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XI, auf den § 99 SGB IX in der vor Inkrafttreten des Teilhabestärkungsgesetzes geltenden Fassung verweist. Entsprechend ist für einen Rechtsanspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe auch künftig nicht ausreichend, dass eine (drohende) Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX vorliegt. Zusätzlich dazu muss für einen Anspruch – wie auch für andere Leistungs- und Rehabilitationsbereiche – ein weiteres Kriterium erfüllt sein. Für einen Zugang zu den Leistungen der Eingliederungshilfe muss es sich bisher um einen (drohende) wesentliche Behinderung handeln (BT-Drs. 19/27400 S. 63).

2.1.2 Darstellung des geltenden Rechts (Schwerpunkt „Wesentlichkeit“)

§ 99 SGB IX baut auf dem Behinderungsbegriff auf, so wie er jetzt durch § 2 SGB IX definiert ist im Sinne einer Wechselwirkung zwischen Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbezogenen Barrieren. Dieser allgemeine Grundsatz ist auch im Recht der Eingliederungshilfe zu beachten, da § 2 SGB IX die Behinderung einheitlich für das gesamte Rehabilitations- und Teilhaberecht definiert. Die Behinderung muss zudem eine wesentliche Einschränkung der Teilhabe an der Gesellschaft zur Folge haben. Damit ist der Tatbestand der Norm durch zwei Begriffe geprägt: „Behinderung“ und „wesentlich“.

2.1.2.1 Behinderung

Menschen mit Behinderungen sind gemäß § 2 Abs. 1 SGB IX 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 sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung in diesem Sinne liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Im vorstehenden Sinne ist Behinderung nicht allein ein medizinischer, sondern auch ein sozialer Begriff. Entscheidend ist nicht nur ein regelwidriger Körper- oder Gesundheitszustand, daneben kommt es entscheidend auf die wahrscheinliche Hinderung an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft an.

Dazu im Einzelnen:

Beeinträchtigung

§ 2 Abs. 1 SGB IX nennt – in enger Anknüpfung an den von der Weltgesundheitsorganisation entwickelten Behinderungsbegriff – als erstes Tatbestandsmerkmal die Beeinträchtigung körperlicher, seelischer oder geistiger Art oder die Sinnesbeeinträchtigung.

Alle vier in § 2 Abs. 1 genannten Dimensionen sind für die Bestimmung, ob eine Behinderung vorliegt, zu berücksichtigen. Ob eine Teilhabebeeinträchtigung vorliegt, vor allem auch, ob eine ausgeprägte Beeinträchtigung vorliegt, ist nur auf der Grundlage einer Gesamtschau der Einschnitte möglich, die den Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen beeinträchtigen (vgl. BSG 16.12.2014 – B 9 SB 2/13 R, SozR 4-4350 § 69 Nr. 18).

Körperliche Beeinträchtigungen sind in umfassendem Sinne zu verstehen und betreffen nicht nur organische und orthopädische Bereiche.

Die seit dem BTHG eigenständig geregelten Beeinträchtigungen der Sinne umfassen etwa Einschränkungen von Sehvermögen, Hörvermögen, Geruchs-, Geschmacks- und Tastsinn, aber auch hinsichtlich des Temperaturempfindens und der Empfindlichkeit gegenüber anderen Reizen oder gegenüber Schmerz. Nicht erfasst sind hingegen Beeinträchtigungen in der Körperstruktur, die sich auf Körperfunktionen nicht auswirken.

Geistige Beeinträchtigungen sind in erster Linie solche der intellektuellen und kognitiven Fähigkeiten, wie Wahrnehmung, Erkennen, Denken, Vorstellen, Erinnern und Urteilen, aber auch Bewusstsein sowie die mentale Funktion, Bewegungshandlungen durchzuführen.

Seelische Beeinträchtigungen beziehen sich nicht nur auf Krankheiten, sondern auch auf psychisch-funktionale Fähigkeiten wie Persönlichkeit (Selbstsicherheit und Selbstvertrauen), psychische Energie, Antrieb, Psychomotorik, Belastbarkeit und Emotionen.

Dauer

Als zweites Tatbestandsmerkmal wird gefordert, dass die Beeinträchtigungen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Dauer von sechs Monaten überschreiten. Die zeitliche Vorgabe dient der Abgrenzung zu nur vorübergehenden Störungen. Nicht ausgeschlossen werden hingegen solche Rehabilitationsleistungen, die möglichst früh geboten sein können, um Störungen nicht nur vorübergehenden Charakters vorzubeugen, insbesondere bei Kindern. Liegt eine Prognose vor, die auf einen längeren Zeitraum als sechs Monaten einer auch grundsätzlich aufhebbarer Behinderung hinweist, fällt auch diese von Beginn an unter die Regelungen des SGB IX (vgl. BSG 12.04.2000 – B 9 SB 3/99 R, SozR 3-3870 § 3 Nr. 9.)

Altersatypizität

Das dritte, in § 2 Abs. 1 Satz 2 genannte Tatbestandsmerkmal verlangt die Altersatypizität, d. h. eine Beeinträchtigung im Sinne des Behinderungsbegriffs liegt nur dann vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Unter einem Zustand, der von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht, versteht man den Verlust oder die Beeinträchtigung von normalerweise vorhandenen körperlichen Funktionen, geistigen Fähigkeiten oder der seelischen Gesundheit (vgl. BSG 07.11.2001 – B 9 SB 1/01 R, juris Rn. 3).

Hinderung an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft

Das letzte und zentrale Tatbestandsmerkmal setzt voraus, dass die festgestellten Beeinträchtigungen im Sinne der ersten drei Tatbestandsmerkmale – in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren – die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Damit übernimmt der deutsche Gesetzgeber das Verständnis und die Terminologie der internationalen fachpolitischen Diskussion, die im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Weiterentwicklung der „Internationalen Klassifikation der

Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen“ (ICIDH) zur „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) geführt wurde. Die ICF rückt das Ziel der Teilhabe an den verschiedenen Lebensbereichen (Partizipation) in den Vordergrund und orientiert sich nicht mehr an wirklichen oder vermeintlichen Defiziten.

Indem Behinderung individuell, dynamisch, situationsbezogen, kontextabhängig und mit dem Potenzial, auf Entwicklungen im sozialen Umfeld zu reagieren, definiert wird, wird sie zu einem normativen (sozialrechtlichen) Begriff und kann nicht mehr als eine medizinische Diagnose verstanden werden.

2.1.2.2 „Wesentlichkeit“

§ 99 Abs. 1 SGB IX enthält aktuell **eine Legaldefinition des Begriffs „wesentliche Behinderung“**: *„Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten Menschen mit Behinderungen im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 und 2, die wesentlich in der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind (wesentliche Behinderung) oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe nach § 90 erfüllt werden kann.“*

Nachdem der Begriff „Behinderung“ aufgrund der expliziten Bezugnahme auf die Legaldefinition des § 2 Abs. 1 SGB IX einheitlich für die gesamte Rechtsordnung, mithin (zumindest) auch für das Recht der Eingliederungshilfe, umschrieben wurde, stellt sich nun die Frage nach dem Verständnis und der Funktion des zweiten Merkmals, also des Begriffs „wesentlich“.

Die Frage der Wesentlichkeit ist nach der noch näher aufzuzeigenden Rechtsprechung des BSG, das im Übrigen vom Gesetzgeber bei der Formulierung der Legaldefinition des § 99 Abs. 1 SGB IX (BT-Drs. 19/27400 S. 63) sinngemäß übernommen wurde, wertend zu bestimmen, insbesondere anhand der Auswirkungen der Beeinträchtigung für die Eingliederung in die Gesellschaft. Entscheidend ist mithin nicht, wie stark die Beeinträchtigung ist und in welchem Umfang ein Funktionsdefizit vorliegt, sondern wie sich die Beeinträchtigung auf die Teilhabemöglichkeit auswirkt (BSG 15.11.2012 – B 8 SO 10/11 R, BeckRS 2013, 67081; 22.3.2012 – B 8 SO 30/10 R, BeckRS 2012, 71596; 13.7.2017 – B 8 SO 1/16 R, NZS 2017, 905).

§ 99 Abs. 4 SGB IX – wie sämtliche Vorgängervorschriften seit 1975 – ermächtigt die Bundesregierung, *„durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Bestimmungen über die Konkretisierung der Leistungsberechtigung in der Eingliederungshilfe“* zu erlassen.

Rechtsverordnungen sind abstrakt-generelle Regelungen mit Außenwirkung, welche die Exekutive auf der Grundlage einer durch ein förmliches Gesetz erteilten Ermächtigung erlässt. Die verfassungsrechtlichen Voraussetzungen der Ordnungsgebung aufgrund einer bundesgesetzlichen Ermächtigung sind in Art. 80 Abs. 1 GG geregelt. Dabei müssen Inhalt, Ausmaß und Zweck der erteilten Ermächtigung im Gesetz hinreichend bestimmt sein. Diese Anforderung folgt aus dem Demokratieprinzip (Art. 20 Abs. 2 GG) und dem Grundsatz der Gewaltenteilung (Art. 20 Abs. 3 GG). Danach hat das Parlament das Rechtsetzungsmonopol. Art. 80 GG ist – durch die enge Anbindung der ordnungsgebenden Exekutive an die Vorgaben des Parlaments – eine systemkonforme Ausnahme von diesen Prinzipien. Rechtsverordnungen, die nicht von einer gesetzlichen Ermächtigung gedeckt sind, sind nichtig.

Die hier in Rede stehende Verordnungsermächtigung lässt ausdrücklich nur die Konkretisierung der Leistungsberechtigung in der Eingliederungshilfe zu; es geht also ausschließlich um eine „Konkretisierung“ der „wesentlichen Behinderung“, wobei sowohl der Begriff „Behinderung“ (in

§ 2 Abs. 1 SGB IX) als auch der Begriff „wesentliche Behinderung“ (in § 99 Abs. 1 SGB IX) legal definiert sind. Hinzu kommt, dass beide Begriffe durch die das Gesetz verbindlich und einheitlich auslegende (höchstrichterliche) Rechtsprechung Konturen erhalten haben, von denen die Rechtsverordnung nicht abweichen darf.

Vor dem Hintergrund des Vorangestellten ist die aktuell geltende EinglHV – wie auch jede künftige Rechtsverordnung – den Grundsätzen der Normhierarchie, genauer den §§ 2, 99 SGB IX in der durch die Rechtsprechung vorgenommene Auslegung verpflichtet. **Insofern muss die Verordnung stets „rangkonform“, d. h. im Einklang mit dem Gesetz und dessen höchstrichterlichem Verständnis, ausgelegt werden.** Widerspricht die Rechtsverordnung als eine rangniedere Rechtsnorm auch nach dem insofern zunächst durchzuführenden Versuch der „rangkonformen Auslegung“ gleichwohl einer – ihrerseits wirksamen – ranghöheren Vorschrift, hier dem SGB IX, so hat diese Normenkollision nach dem Grundsatz „lex superior derogat legi inferiori“ („die höherrangige Norm verdrängt die niederrangige Norm“) zur Folge, dass die rangniedere Rechtsvorschrift nichtig, d. h. unwirksam (ungültig) ist. Als allgemeine Rechtsregel ist dieser sog. Geltungsvorrang der ranghöheren vor der rangniederen Vorschrift auch dann zu befolgen, wenn er im betreffenden Gesetz nicht ausdrücklich positiviert ist.

Dies vorausgeschickt, muss konstatiert werden, dass die aktuell geltende EinglHV teilweise hinter der (noch näher aufzuzeigenden) Rechtsprechung zum SGB IX zurückbleibt. Allerdings wird noch im Rahmen der Würdigung darzulegen sein, ob und inwieweit etwaige Widersprüche durch rangkonforme Auslegung der Verordnung gelöst werden können.

Die Fälle einer wesentlichen Behinderung werden derzeit definiert durch §§ 1–3 EinglHV:

§ 1 Eingliederungshilfe-Verordnung lautet:

„§ 1 Körperlich wesentlich behinderte Menschen

Durch körperliche Gebrechen wesentlich in ihrer Teilhabefähigkeit eingeschränkt im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind

- 1. Personen, deren Bewegungsfähigkeit durch eine Beeinträchtigung des Stütz- oder Bewegungssystems in erheblichem Umfange eingeschränkt ist,*
- 2. Personen mit erheblichen Spaltbildungen des Gesichts oder des Rumpfes oder mit abstoßend wirkenden Entstellungen vor allem des Gesichts,*
- 3. Personen, deren körperliches Leistungsvermögen infolge Erkrankung, Schädigung oder Fehlfunktion eines inneren Organs oder der Haut in erheblichem Umfange eingeschränkt ist,*
- 4. Blinden oder solchen Sehbehinderten, bei denen mit Gläserkorrektur ohne besondere optische Hilfsmittel*
 - a. auf dem besseren Auge oder beidäugig im Nahbereich bei einem Abstand von mindestens 30 cm oder im Fernbereich eine Sehschärfe von nicht mehr als 0,3 besteht*
 - oder*
 - b. durch Buchstabe a nicht erfaßte Störungen der Sehfunktion von entsprechendem Schweregrad vorliegen,*
- 5. Personen, die gehörlos sind oder denen eine sprachliche Verständigung über das Gehör nur mit Hörhilfen möglich ist,*
- 6. Personen, die nicht sprechen können, Seelentauben und Hörstummen, Personen mit erheblichen Stimmstörungen sowie Personen, die stark stammeln, stark stottern oder deren Sprache stark unartikuliert ist.“*

§ 2 Eingliederungshilfe-Verordnung lautet:

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

§ 3 Eingliederungshilfe-Verordnung lautet:

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

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

Es ist in der Praxis weitgehend anerkannt, dass es Fälle gibt, in denen erst die Gesamtheit und damit die Gesamtschau der Beeinträchtigungen zum Überschreiten der Schwelle der „Wesentlichkeit“ führt, während bei einer Prüfung entsprechend der Systematik der Verordnung, also getrennt nach der jeweiligen Form der Beeinträchtigung, das Merkmal „Wesentlichkeit“ zu verneinen wäre.

Kontrovers diskutiert wird indes, **ob bei der Gesamtschau der Beeinträchtigungen nur die in der Verordnung abschließend aufgeführten „Gesundheitsprobleme“ als Auslöser in Betracht kommen.** Eine solche Einschränkung auf die in der Verordnung genannten Oberbegriffe ist abzulehnen und widerspräche der Teleologie des § 99 SGB IX. Die Systematik und die Terminologie der Verordnung dienen dem Ziel der praktikablen Anwendung des Gesetzes. Aspekte der Praktikabilität sind jedoch der erklärten gesetzgeberischen Zielsetzung untergeordnet und können diese nicht konterkarieren, da eine Verordnung die unbestimmten Rechtsbegriffe eines Gesetzes nicht einschränken darf.

Gegen die hier vertretene Rechtsauffassung könnte eingewendet werden, dass ohne die Einschränkung auf die explizit in der Verordnung genannten Oberbegriffe eine Abgrenzung der Anspruchsnorm (§ 99 Abs. 1 SGB IX) von der Ermessensregelung (§ 99 Abs. 3 SGB IX) nicht möglich sei. Denn die Fälle ohne eine klare Zuordnung zu einer konkret genannten Form der Beeinträchtigung, die sonst dem Anwendungsbereich der Ermessenregelung (§ 99 Abs. 3 SGB IX) unterfielen, würden einen Anspruch (im Sinne des § 99 Abs. 1 SGB IX) begründen.

Für eine solche Auslegung des Verhältnisses zwischen der Anspruchs- und Ermessennorm spricht zwar der Wortlaut des § 99 Abs. 3 SGB IX, der von „anderen (...) Beeinträchtigungen“ spricht. Gleichwohl ist der Einwand unbegründet. Denn die Ermessensentscheidung, die aufgrund der sehr weiten und umfassenden Beschreibung der einzelnen Gesundheitsprobleme ohnehin nur in einem engen Raum möglich ist und bisher in der Praxis nicht bzw. kaum Gegenstand der Rechtsstreitigkeiten gewesen ist, betrifft vorrangig eine andere Konstellation: Wird nämlich bei der Prüfung einer Behinderung oder drohenden Behinderung das Merkmal der Wesentlichkeit verneint, hat die betroffene Person keinen Rechtsanspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe, sondern nur einen Anspruch auf eine ermessensfehlerfreie Entscheidung über die beantragte Leistung. Bei einem solchen Verständnis verbliebe der Ermessennorm weiterhin ein eigenständiger Anwendungsbereich.

Schließlich vermögen auch die auf Praktikabilität gestützten Einwände nicht zu überzeugen: Die Terminologie und die Systematik der Verordnung dienen zwar dem Ziel der praktikablen Anwendung des Gesetzes. Aspekte der Praktikabilität sind jedoch der erklärten gesetzgeberischen Zielsetzung untergeordnet und können diese nicht konterkarieren, da eine Verordnung die unbestimmten Rechtsbegriffe eines Gesetzes nicht einschränken darf.

2.1.2.3 Mögliche Veränderung durch § 99 Abs. 4 SGB IX?

Vereinzelte wird nach Inkrafttreten des Teilhabestärkungsgesetzes die Auffassung vertreten, durch die Erwähnung der Eingliederungshilfe-Verordnung in § 99 Absatz 4 SGB IX habe der Gesetzgeber die Verordnung zum Gesetz hochgestuft mit der Folge, dass das in der Verordnung genannte Merkmal der „Erheblichkeit“ (der Gesundheitsstörung) als (quasi einschränkende) weitere Tatbestandsvoraussetzung zwingend zu beachten sei.

Eine solche Deutung der Gesetzgebung vermag schon im Ansatz nicht zu überzeugen, da sie die unterschiedlichen Verwendungen der Begriffe „Wesentlichkeit“ und „Erheblichkeit“ nicht berücksichtigt: Während der Begriff „Wesentlichkeit“ **sowohl** im Gesetz **als auch** in der Verordnung steht, kommt der Begriff „Erheblichkeit“ **ausschließlich** in der Verordnung vor. Hätte der Gesetzgeber die beiden Begriffe als Synonyme verstanden, hätte er auf einen der Begriffe verzichten und in beiden Rechtsquellen einheitlich von „Wesentlichkeit“ oder „Erheblichkeit“ sprechen können.

Hinzu kommt, dass die Auslegung des Begriffs „wesentlich“ inzwischen abschließend durch das BSG (im Einklang mit der Legaldefinition, der Gesetzesbegründung und der UN-BRK) vorgenommen wurde und nach der geltenden Gesetzeslage kein Raum mehr für eine vom BSG abweichende Auffassung verbleibt. In Bezug auf den Begriff der „Erheblichkeit“ sucht man indes vergeblich nach einer inhaltlichen Auseinandersetzung und/oder juristischen Auslegung in der Rechtsprechung und im veröffentlichten Schrifttum im Zusammenhang mit der Bestimmung des leistungsberechtigten Personenkreises.

Schließlich wird die oben genannte Auffassung auch im Wege der historischen Auslegung widerlegt: Die Bezugnahme auf die Weitergeltung der EinglHV im Absatz 4 des § 99 SGB IX ist offensichtlich dem Umstand geschuldet, eine „verordnungslose“ Situation zu vermeiden und eine Interimslösung herbeizuführen. Dass eine solche, durchaus verbreitete Gesetzgebungstechnik eine „Höherstufung“ der Verordnung in den Rang eines formellen Gesetzes bedeuten würde, widerspricht den allgemeinen Regeln der Rechtsmethodik und den Grundsätzen der Normhierarchie. Soweit ersichtlich, wird eine solche Rechtsauffassung im veröffentlichten Schrifttum auch nicht vertreten.

Selbst wenn eine solche Deutung normtheoretisch und methodologisch denkbar wäre, obläge dem Vertreter einer solchen Ansicht die Darlegungs- und Beweislast für die Behauptung, der Gesetzgeber des Teilhabestärkungsgesetzes habe in Kenntnis der expliziten BSG-Rechtsprechung zur Auslegung der „Wesentlichkeit“ im § 99 SGB IX (bzw. im früheren § 53 SGB XII) sein abweichendes, medizinerorientiertes Verständnis dadurch zementiert, dass er die EinglHV über die Bezugnahme in Absatz 4 zum Gesetzesrang erhoben habe.

Tatsächlich kann die von dieser Rechtsauffassung behauptete Motivation, nämlich die „Höherstufung“ der Verordnung in den Rang eines Gesetzes mittels Erwähnung in § 99 Abs. 4 SGB IX, dem Gesetzgeber nicht im Geringsten unterstellt werden.

Ganz im Gegenteil: Die Begründung des Gesetzes verdeutlicht unmissverständlich, dass der Gesetzgeber der BSG-Rechtsprechung explizit folgen möchte und die Erwähnung im Absatz 4

lediglich deklaratorisch festhält, dass die bisherige Verordnung bis zum Erlass einer neuen Verordnung anzuwenden ist.

Unter Protest gegen die Darlegungslast der Gegenansicht wird die hier vertretene Auffassung durch die nachfolgende Analyse der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 19/27400, Seite 65) verdeutlicht (Unterstreichungen nur hier):

*„Der zum 1. Januar 2020 in Kraft getretene § 99 SGB IX, der den leistungsberechtigten Personenkreis in der Eingliederungshilfe definiert, verweist auf das bis zum 31. Dezember 2019 geltende Recht der Eingliederungshilfe (§ 53 Absatz 1 und 2 SGB XII und §§ 1 bis 3 der Eingliederungshilfe-Verordnung) und damit auf eine Definition, die den gesellschaftlichen Veränderungen und dem gewandelten Rollenverständnis von Menschen mit Behinderungen nur unzulänglich Rechnung trägt. Nach dem modernen Verständnis von Behinderung, das auf dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF basiert, sind Behinderungen als Einschränkung der Aktivitäten und Teilhabe zu verstehen, die sich infolge der Wechselwirkung zwischen einem Gesundheitsproblem und personenbezogenen Faktoren bzw. Umweltfaktoren ergeben. **Damit werden Sichtweisen überwunden, die Behinderung als rein personenbezogenes Gesundheitsproblem sehen.** Durch die Umsetzung des Vorschlags der Arbeitsgruppe „Leistungsberechtigter Personenkreis“ werden die gesetzlichen Kriterien für die Beschreibung der Leistungsberechtigung (§ 53 Absatz 1 und 2 SGB XII in der Fassung vom 31. Dezember 2019) an dieses moderne Verständnis von Behinderung angepasst. So wird u. a. der Zusatz aufgenommen, dass Personen durch Beeinträchtigungen (d. h. gesundheitliche Probleme) erst „in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren“ an der Teilhabe eingeschränkt sind. Auch wird anstelle der „Einschränkung der Teilhabefähigkeit“ auf die gleichberechtigte „Teilhabe an der Gesellschaft“ abgestellt, da jeder Mensch zur Teilhabe fähig ist.*

Zu Absatz 1

Entsprechend dem bis zum 31. Dezember 2019 geltenden § 53 Absatz 1 Satz 1 SGB XII, auf den § 99 SGB IX in der geltenden Fassung verweist, ist für einen Rechtsanspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe auch künftig nicht ausreichend, dass eine (drohende) Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 SGB IX vorliegt. Zusätzlich dazu muss für einen Anspruch – wie auch für andere Leistungs- und Rehabilitationsbereiche – ein weiteres Kriterium erfüllt sein. Für einen Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe muss es sich wie bisher um eine (drohende) „wesentliche“ Behinderung handeln. Aus Gründen der Rechtsklarheit wird die „wesentliche Behinderung“ künftig in Absatz 1 legal definiert.

Auch muss weiterhin für einen Leistungszugang „nach der Besonderheit des Einzelfalles die Aussicht bestehen, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann“. Im Rahmen der Prüfung dieser Voraussetzung finden auch Art und Schwere der Behinderung Berücksichtigung.

Durch den Verweis auf § 90 SGB IX wird klargestellt, dass die „Aufgabe der Eingliederungshilfe“ mit dem BTHG abschließend in § 90 SGB IX normiert wurde. Dies ändert jedoch nichts daran, dass die in § 4 SGB IX aufgeführten allgemeinen Ziele der Leistungen zur Teilhabe bei der Auslegung der Vorschriften im Teil 2 des SGB IX einzubeziehen sind.

Zu Absatz 2

Absatz 2 definiert, wann eine wesentliche Behinderung droht und entspricht weitestgehend dem bis zum 31. Dezember 2019 geltenden § 53 Absatz 2 Satz 1 SGB XII, auf den § 99 SGB IX in der geltenden Fassung verweist.

Zu Absatz 3

Insbesondere in den Fällen, in denen die „Wesentlichkeit“ der Behinderung verneint wird, besteht kein Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 99 Absatz 1 SGB IX. Allerdings können

Personen mit einer anderen geistigen, seelischen, körperlichen oder Sinnesbeeinträchtigung Leistungen der Eingliederungshilfe nach Absatz 3 – wie bisher – im Ermessenswege erhalten. Die in Absatz 3 vorgenommenen Änderungen gegenüber dem bis zum 31. Dezember 2019 geltenden § 53 Absatz 1 Satz 2 SGB XII, auf den § 99 SGB IX in der geltenden Fassung verweist, sind rein redaktioneller und nicht inhaltlicher Natur. Durch die Änderungen soll der Anwendungsbereich des bisherigen § 53 Absatz 1 Satz 2 SGB XII nicht erweitert werden.“

Obgleich die vorstehenden Zitate die hier vertretene, der BSG-Rechtsprechung folgende Ansicht vollumfänglich bestätigen, zeigt auch die knappe (und an sich selbstverständliche) Begründung zum Absatz 4, dass die von der Gegenansicht unterstellte Motivation des Gesetzgebers auf keinen einzigen Anhaltspunkt gestützt werden kann:

„Zu Absatz 4

Die bis zum 31. Dezember 2019 in § 60 SGB XII enthaltene Verordnungsermächtigung für die Konkretisierung der Leistungsberechtigung findet sich künftig in Absatz 4 wieder. Bis zum Erlass einer Rechtsverordnung finden die Regelungen der Eingliederungshilfe-Verordnung in der Fassung vom 31. Dezember 2019 zur Konkretisierung der Leistungsberechtigung nach § 99 SGB IX entsprechend Anwendung.“

2.1.3 Rechtsprechung

2.1.3.1 Verwaltungsgerichtsbarkeit

Für die Eingliederungshilfe im Rahmen der Sozialhilfe waren bis 2005 die Verwaltungsgerichte zuständig. Die Recherche in den juristischen Datenbanken hat ergeben, dass revisionsrechtliche Entscheidungen des Bundesverwaltungsgerichts zu § 53 SGB XII relativ überschaubar sind (ca. 50). Die Suche nach obergerichtlichen Entscheidungen in der Verwaltungsgerichtsbarkeit führte zwar quantitativ zu höheren Resultaten. Grundlegende, qualitative Aussagen zum Merkmal der Wesentlichkeit sind indes auch diesen Entscheidungen nicht zu entnehmen. Exemplarisch soll der vorstehende Befund anhand der Entscheidung des BVerwG, 28.09.1995 - 5 C 21.93 demonstriert werden:

Das BVerwG entschied, dass die Begründung des Berufungsgerichts für seine Auffassung, beim Kläger sei infolge der Legasthenie die Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft in erheblichem Umfange beeinträchtigt gewesen, auf der Verletzung von Bundesrecht beruhe.

„Das Berufungsgericht stellt, in seiner Begründung dem Verwaltungsgericht folgend, als Beurteilungsmaßstab für die Bestimmung der ihrem Umfang nach erheblichen Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft nach § 2 EinglH-VO maßgeblich darauf ab, "ob beim Kläger ein erfolgreicher Schulabschluß gefährdet ist mit der Folge, daß er keinen seinen sonstigen Fähigkeiten entsprechenden, angemessenen Platz im Arbeitsleben finden würde". Die dafür zitierte Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG, Urteil vom 19. Juni 1984 - BVerwG 5 C 125.83 - [Buchholz 436.0 § 39 BSHG Nr. 3 S. 6 = FEVS 33, 457 [459 f.]]) belegt diesen Beurteilungsmaßstab jedoch nicht. Im Gegensatz zum rechtlichen Maßstab des Verwaltungsgerichts und des Oberverwaltungsgerichts im vorliegenden Streitfall, die bei der Beurteilung, was ein "angemessener Platz im Arbeitsleben" ist, die Berücksichtigung der Behinderung mit dem Zusatz ausgeblendet haben, es müsse sich um einen "seinen sonstigen Fähigkeiten entsprechenden" Arbeitsplatz handeln, enthielt der vom Bundesverwaltungsgericht in seiner Entscheidung vom 19. Juni 1984 (a.a.O.) referierte Beurteilungsmaßstab der damaligen Vorinstanz einen solchen Zusatz

nicht. Auch betraf der damalige Rechtsstreit die Beurteilung einer Behinderung aufgrund einer seelischen Störung im Sinne von § 3 EinglH-VO.“

Für die Beurteilung, ob eine Person geistig wesentlich behindert im Sinne von § 2 EinglH-VO ist, erweist sich der Maßstab des Berufungsgerichts nicht als tauglich. Stellte man bei der Gefährdung eines erfolgreichen Schulabschlusses auf einen solchen ab, der zu einem "seinen sonstigen Fähigkeiten entsprechenden" - also hier ohne Beeinträchtigung durch Legasthenie - angemessenen Platz im Arbeitsleben befähigte, dann bedeutete das, daß nahezu jede, ein höheres Ausbildungsziel gefährdende geistige (Leistungs-) Schwäche eine wesentliche Behinderung im Sinne des § 2 EinglH-VO wäre. Ohne Hinweis auf die Art des Schulabschlusses wäre ein solcher Maßstab dagegen zu unbestimmt. Denn grundsätzlich läßt sich - der Art des Schulabschlusses nach - sowohl mit einem Hauptschulabschluß als auch mit einem Realschulabschluß als auch mit Abitur ein angemessener Platz im Arbeitsleben finden. So haben die Vorinstanzen, aus ihrer rechtlichen Sicht konsequent, keine Feststellungen konkret dazu getroffen, ob ein Schulabschluß des Klägers - statt am Gymnasium mit Realschulabschluß und Oberstufenreife - auch an einer Realschule (mit anderen Anforderungen) nur mit dem Realschulabschluß gefährdet gewesen wäre.“

Und im Ergebnis verzichtet das BVerwG auf eine Festlegung der Kriterien und grundsätzliche Klärung mit folgender Begründung:

„Der vorliegende Streitfall gibt keinen Anlaß, im Rahmen des § 2 EinglH-VO der Frage nach Kriterien für die Reichweite der Eingliederung in die Gesellschaft und für die unbeeinträchtigte Eingliederungsfähigkeit nachzugehen. Denn auch dann, wenn der Kläger nicht geistig wesentlich behindert war, ist sein Klagebegehren auf weitere Eingliederungshilfe für die streitgegenständliche Zeit begründet.“

Aufschlussreicher dürfte die Entscheidung des BVerwG (Urteil vom 09.02.2012 - C 3.11) in einem Erstattungsverfahren zwischen dem Jugendhilfe- und Sozialhilfeträger sein. Unter Rz. 22 führt das BVerwG zum Begriff der „wesentlichen Behinderung“ im Kontext der maßgeblichen Vorschriften aus dem BSHG aus:

*„(...) Danach ist Eingliederungshilfe Personen zu gewähren, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch behindert sind bzw. die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind. Nach § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. **Demnach ist für die rechtliche Einstufung als wesentliche Behinderung im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 1 BSHG 1994 bzw. 2001 der Umfang der Auswirkungen auf die Teilhabefähigkeit entscheidend. Eine Behinderung stellt nur dann eine wesentliche Behinderung im Sinne der Bestimmungen über die sozialhilferechtliche Eingliederungshilfe dar, wenn sie zu einer wesentlichen Beeinträchtigung der Teilhabefähigkeit führt. Dabei entspricht der Umfang, in dem die Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt ist, nicht notwendig dem Ausmaß, in dem die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht (...).***

(Hervorhebung vom Verfasser)

2.1.3.2 Sozialgerichtsbarkeit

Die Sozialgerichtsbarkeit hat sich nur wenig mit der Frage der Zugehörigkeit zum leistungsberechtigten Personenkreis der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII bzw. dem BSHG befasst (BT-Drs. 19/4500, S. 70). Die zahlreichen Entscheidungen in den einschlägigen Datenbanken zu den entsprechenden Vorschriften des BSHG, des SGB XII und des SGB IX befassen sich vorwiegend mit den Fragen der Erforderlichkeit, des Leistungsumfangs und der Leistungskonkurrenz, während eine isolierte Behandlung der Problematik der „wesentlichen Behinderung“ kaum thematisiert wird. Gleichwohl liegen zwei zentrale Entscheidungen des BSG vor, angesichts derer die Auslegung der „wesentlichen Behinderung“, insbesondere der Bezugspunkt und Maßstab der Prüfung, als (gefestigt) geklärt bezeichnet werden:

BSG-Urteil vom 22.03.2012 – B 8 SO 30/10 R

Im zweiten Leitsatz der „Montessori-Entscheidung“ des BSG vom 22.3.2012 heißt es:

*„Bei der Beurteilung der für eine Pflicht-Eingliederungshilfeleistung erforderlichen Wesentlichkeit einer geistigen Behinderung **ist auf das Ausmaß der Beeinträchtigung der Teilhabemöglichkeit, nicht auf das der Regelwidrigkeit bzw. des Funktionsdefizits abzustellen.**“*

(Hervorhebung vom Verfasser)

Damit hat das BSG klargestellt, dass für die Zugehörigkeit zum Personenkreis der Eingliederungshilfe gerade nicht entscheidend ist, „wie stark die geistigen Kräfte beeinträchtigt sind und in welchem Umfang ein Funktionsdefizit vorliegt, sondern wie sich die Beeinträchtigung auf die Teilhabemöglichkeit auswirkt“ (Rn. 19).

Das BSG setzt sich in dieser Entscheidung systemgerecht und konsequent sowohl mit dem Begriff „Behinderung“ als auch mit dem Begriff „wesentlich“ auseinander und legt § 53 SGB XII iVm § 2 EinglHV unter Heranziehung der UN-BRK und im Einklang mit höherrangigem Recht wie folgt aus: Wenn der Begriff der Behinderung im Sinne des sozialen Modells als Beeinträchtigung der Teilhabe verstanden wird, dann darf der Begriff der Wesentlichkeit hier nicht auf die Beeinträchtigung der Funktion reduziert, sondern zutreffend auf die Beeinträchtigung der Teilhabe bezogen werden:

„Insoweit ist wie bei der Prüfung einer Behinderung selbst auch ihre Wesentlichkeit wertend auszurichten an den Auswirkungen für die Eingliederung in der Gesellschaft (so wohl auch BVerwG, Urteil vom 28.9.1995 - 5 C 21/93 -, FEVS 46, 360 ff). Entscheidend ist mithin nicht, wie stark die geistigen Kräfte beeinträchtigt sind und in welchem Umfang ein Funktionsdefizit vorliegt, sondern wie sich die Beeinträchtigung auf die Teilhabemöglichkeit auswirkt.“

Die BSG-Entscheidung hat zur Folge, dass ein bestimmtes Maß einer körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigung, das die „Schwelle“ („Untergrenze“) zum leistungsberechtigten Personenkreis markieren würde, nicht bestimmt werden kann. Denn abhängig von den Kontextfaktoren, die neben der Beeinträchtigung die Behinderung erst konstituieren, kann dieselbe Beeinträchtigung in einem Fall eine Behinderung bewirken, in einem anderen Fall aber nicht.

BSG-Urteil vom 13.07.17, B 8 SO 1/16 R

Mit der zweiten Grundsatzentscheidung vom 13.07.2017 hat das BSG klargestellt, dass auch Personen, deren Behinderung die Überwindung ihrer Folgen nicht zulässt, zum leistungsberechtigten Personenkreis gehören. In der Begründung führt das BSG aus:

„Notwendig, aber auch ausreichend, ist es nach § 53 Abs. 3 Satz 1 SGB XII jedoch, wenn durch die Leistungen der Eingliederungshilfe die Behinderungsfolgen gemildert werden und in diesem Rahmen eine Teilhabe ermöglicht wird“

Der Entscheidung lag der Fall eines chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigen zugrunde, der unter anderem der Hilfe und Assistenz bei der Körperpflege und Körperhygiene bedurfte. Auch diese Leistungen hat das BSG als Leistungen der Eingliederungshilfe klassifiziert, da sie Teilhabe ermöglichen. **Daraus folgt, dass es auch keine „Obergrenze“ der Intensität einer Behinderung geben kann, jenseits derer ein Anspruch auf Eingliederungshilfe nicht mehr bestünde.**

Die Analyse der beiden BSG-Entscheidungen zeigt in der Zusammenschau, dass etwaige Unklarheiten, Interpretationsunterschiede und insbesondere Relativierungen hinsichtlich der Wesentlichkeit, welche die Rechtsprechung des BVerwG bzw. die obergerichtliche Rechtsprechung einzelner Landessozialgerichte möglicherweise zuließen, durch die beiden Grundsatzentscheidungen des BSG als überholt und beseitigt anzusehen sind. Dies gilt ebenso für abweichende Rechtsauslegungen anderer Systembeteiligter, die nach der gefestigten Rechtsprechung nicht mehr tragfähig sind. Zumal sich auch durch spätere Rechtsentwicklungen - z. B. das Teilhabestärkungsgesetz - an der für die Beurteilung des Leistungsanspruchs maßgeblichen Rechtsgrundlage nichts geändert hat. Soweit ersichtlich, gibt es auch in der aktuellen Kommentarliteratur keine Stimmen, die der Auslegung des BSG explizit widersprechen.

Vollständigkeitshalber wird darauf hingewiesen, dass die soeben zitierte ständige Rechtsprechung des BSG von der aktuellen Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 22.11.2023 (1 BvR 2577/15) nicht tangiert wird, da das BVerfG den Begriff der Behinderung stets im Gesamtgefüge des Gleichheitssatzes nach Art. 3 GG und im Zusammenhang mit dem Begriff der „Benachteiligung“ auslegt. Nach gefestigter und jüngst bestätigter Rechtsprechung des BVerfG liegt eine Behinderung „im verfassungsrechtlichen Sinne“ vor, wenn eine Person infolge eines regelwidrigen körperlichen, geistigen oder psychischen Zustandes in der Fähigkeit zur individuellen und selbständigen Lebensführung längerfristig beeinträchtigt ist (BVerfG, a.a.O. Rn. 36). Eine Benachteiligung im Sinne des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG liegt ferner vor, wenn einem Menschen wegen einer Behinderung Entfaltungs- und Betätigungsmöglichkeiten vorenthalten werden, die anderen offenstehen, soweit dies nicht durch eine auf die Behinderung bezogene Fördermaßnahme hinlänglich kompensiert wird (BVerfG, a.a.O. Rn. 45). Die Bezugnahme auf die „Fähigkeit zur individuellen und selbständigen Lebensführung“ im Rahmen der Bestimmung des verfassungsrechtlichen Behinderungsbegriffs sowie die Erwähnung der „Entfaltungs- und Betätigungsmöglichkeiten“ bei der Bildung des Benachteiligungsmaßstabs deuten sogar auf eine weitgehende Kongruenz des Verständnisses des BVerfG und des BSG bei der Bestimmung des Begriffs „Behinderung“ hin, jedenfalls hinsichtlich der Maßgeblichkeit der individuellen Teilhabemöglichkeiten.

2.1.4 Würdigung

Vor dem Hintergrund des Vorangestellten sind die einzelnen Regelungen der EinglHV wie folgt zu würdigen.

2.1.4.1 Zu § 1 EinglHV

§ 1 EinglHV betrifft die Fälle der wesentlichen körperlichen Behinderung. Für die in § 1 Nr. 1–6 EinglHV genannten Personen besteht eine unwiderlegbare Vermutung zugunsten einer wesentlichen Behinderung, die Wesentlichkeit ist also nicht gesondert zu prüfen.

Soweit allerdings die einzelnen Tatbestände selbst teilweise unbestimmte Rechtsbegriffe enthalten, die auf die Quantität von gesundheitlichen Einschränkungen abstellen („in erheblichem Umfang“, „erheblich“, „von entsprechendem Schweregrad“, „stark“), so müssen sie im Lichte der Rechtsprechung gesetzes- und damit rangkonform dahingehend ausgelegt werden, dass die Verneinung eines (bezogen auf die gesundheitliche Beeinträchtigung) quantitativen Merkmals keine negative Indizwirkung für die Frage der Leistungsberechtigung beinhaltet. Vielmehr muss in diesem Fall die Frage der wesentlichen Behinderung, bezogen auf die konkreten und individuellen Auswirkungen auf die Hinderung der gleichberechtigten Teilhabe in der Gesellschaft, gesondert geprüft werden.

2.1.4.2 Zu § 2 EinglHV

§ 2 EinglHV betrifft den Kreis der Personen mit einer wesentlichen geistigen Behinderung. Dazu gehören Menschen, die infolge einer Schwäche ihrer geistigen Kräfte in erheblichem Umfang in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt sind. „Schwäche der geistigen Kräfte“ meint in erster Linie eine Verminderung der Intelligenz, allerdings ist eine alleinige Berücksichtigung von IQ-Werten als Kriterium – schon wegen der Schwierigkeiten der verlässlichen Ermittlung des IQ – nicht ausreichend. Damit kommt dem entscheidenden Kriterium, der Einschränkung der Teilhabefähigkeit, zentrale Bedeutung zu. Eine wesentliche geistige Behinderung liegt also dann vor, wenn die Schwäche der geistigen Kräfte dazu führt, dass die Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erheblich eingeschränkt ist. Maßgeblich ist dabei nicht, wie stark die geistigen Kräfte beeinträchtigt sind und in welchem Umfang ein Funktionsdefizit vorliegt, sondern wie sich die Beeinträchtigung auf die Teilhabemöglichkeiten auswirkt (BSG 22.3.2012 – B 8 SO 30/10 R, BeckRS 2012, 71596). Die Teilhabe zum Leben in der Gesellschaft ist etwa dann erheblich eingeschränkt, wenn die mit der Behinderung einhergehenden Beeinträchtigungen der erfolgreichen Teilnahme am Unterricht einer Grundschule entgegenstehen und die Lerninhalte ohne zusätzliche Hilfestellung nicht aufgenommen und vermittelt werden können, denn eine Grundschulbildung bildet die essentielle Basis für jegliche weitere Schullaufbahn bzw. eine valide spätere berufliche Tätigkeit (BSG 15.11.2012 – B 8 SO 10/11 R, BeckRS 2013, 67081 Rn. 14; 22.03.2012 – B 8 SO 30/10 R, BeckRS 2012, 71596 Rn. 19).

2.1.4.3 Zu § 3 EinglHV

§ 3 EinglHV definiert den Kreis der Personen mit einer wesentlichen seelischen Behinderung. Die Vorschrift zählt diejenigen seelischen Störungen auf, die eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit zur Folge haben können. Dazu zählen die körperlich nicht begründbaren Psychosen (z. B. Schizophrenie, manisch-depressive Erkrankungen), seelische Störungen als Folgen von Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen (z. B. Folgen einer Hirnhauterkrankung, Epilepsie), Suchtkrankheiten sowie Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. Auch in diesem Bereich verlangt das ranghöhere Gesetz eine gesonderte Feststellung der Einschränkung der Teilhabe, unabhängig vom Ausmaß einer der in der Verordnung genannten Störungen.

2.2 Medizinische Einordnung

2.2.1 Historische Entwicklung

Die beabsichtigten Neuregelungen durch die VOLE werden auftragsgemäß mit der am 31.12.2019 geltenden Fassung der EinglHV – hier als EinglHV 2019 bezeichnet – verglichen. Dafür werden im Folgenden die Bestimmungen der §§ 1-3 EinglHV 2019 in ihrer Entwicklung über die Fassungen der Eingliederungshilfeverordnung von 1964, 1971 und 197 im Hinblick auf ihre zeitgebundene Terminologie und deren Inhalte betrachtet.

Die kritische Analyse der EinglHV 2019 aus medizinischer Sicht erfolgt im Lichte der ICF. Dabei wird berücksichtigt, dass der Text der §§ 1-3 aus dem Jahr 1975 stammt, während mit der ICF (2001), UN-BRK (2006) und den darauf bezogenen Änderungen der deutschen Sozialgesetzgebung eine grundsätzlich gewandelte Perspektive auf Behinderung in Kraft getreten ist.

Die Notwendigkeit, die EinglHV im Hinblick auf ihre medizinrelevanten Aspekte im Lichte der ICF zu erörtern, verdankt sich der Einsicht, dass die ICF auch für die medizinische Versorgung (im umfassenden Sinne gemeint)

1. mit dem biopsychosozialen Modell ein wichtiges heuristisches Werkzeug liefert,
2. mit der differenzierten Klassifikation der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten, der Teilhabebereiche, der Kontextfaktoren eine zweckmäßige Logik systematischer Beschreibung anbietet,
3. damit weit über die medizinischen Diagnosen hinausführt und erlaubt, Krankheitsfolgen zur Lebenswelt eines konkreten Patienten bzw. einer konkreten Patientin in Beziehung zu setzen und
4. eine einheitliche Begrifflichkeit zur Beschreibung der Folgen von Gesundheitsproblemen zu Verfügung stellt.

Tabelle 3 stellt den Wandel der Gliederungslogik und der Begrifflichkeit über die vier Fassungen der EinglHV dar.

EinglHV v. 27.05.1964	EinglHV v. 28.05.1971	EinglHV v. 01.02.1975	EinglHV gültig am 31.12.2019 ¹
§ 1 Hochgradig Sehschwache	§ 1 Sehbehinderte	§ 1 Körperlich wesentlich Behinderte*	§ 1 Körperlich wesentlich behinderte Menschen*
§ 2 Hörgeschädigte	§ 2 Hörbehinderte	§ 2 Geistig wesentlich Behinderte	§ 2 Geistig wesentlich behinderte Menschen
§ 3 Sprachgeschädigte	§ 3 Sprachbehinderte	§ 3 Seelisch wesentlich Behinderte	§ 3 Seelisch wesentlich behinderte Menschen
§ 4 Von Behinderung Bedrohte	§ 4 Personen mit Schwäche der geistigen Kräfte	(§ 4 Dauer der Behinderung)	
§ 5 Personen mit schwach entwickelten geistigen Kräften	§ 5 Von Behinderung Bedrohte	§ 5 Von Behinderung Bedrohte	
	§ 6 Seelisch Behinderte		

*§ 1 umfasst auch die Seh-, Hör- und Sprachbehinderungen

Tabelle 3: Die Fassungen der Eingliederungshilfe-Verordnungen 1964, 1971, 1975 und 2019 und ihre Begrifflichkeiten

Die folgenden Ausführungen sollen die schrittweisen Veränderungen über die Fassungen der EinglHV von 1964, 1971 und 1975 bis zur am 31.12.2019 geltenden Fassung (hier EinglHV 2019 genannt) im Hinblick auf die §§ 1 und 3 EinglHV 2019 nur ausschnittsweise, im Hinblick auf die vorgängigen Fassungen des § 2 EinglHV 2019 hingegen ausführlicher darstellen und kommentieren. Die Erkenntnisse aus letzterem werden bei der Erörterung des § 3 VOLE (s. Abschnitt 3.2.3) eine zentrale Rolle spielen, weil – dies sei hier schon vorweggenommen – die restriktiven Bestimmungen aller drei Varianten des § 3 VOLE den derzeit nach EinglHV anspruchsberechtigten Personenkreis erheblich verkleinern würden.

Tabelle 4 zeigt die im vorliegenden Kontext relevanten Versionen (ICD-7 bis ICD-11) der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) einschließlich ihres Verabschiedungsdatums und des deutschsprachigen Referenzdokuments.

¹ Der Lesbarkeit halber wird diese Fassung der Eingliederungshilfe, die am 31.12.2019 in Kraft war, hier als EinglHV 2019 bezeichnet. Es handelt sich inhaltlich um die Texte der §§ 1-3 EinglHV der seit 1975 bestehenden Fassung.

ICD-Version	Datum der Verabschiedung auf internationaler Ebene (WHO)	Deutschsprachiges Referenzdokument ²
ICD-7	1955	Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.) (1958)
ICD-8	1965	Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.) (1968) ³
ICD-9	1978	Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.) (1988) ⁴
ICD-10	1989	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (1994) ⁵
ICD-11	2019	Website BfArM Vorläufige Entwurf der deutschsprachigen Übersetzung [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html] (letzter Zugriff 19.9.2023)

Tabelle 4: Die ICD-Versionen zwischen 1955 und 2023

2.2.1.1 Der § 1 EinglHV

EinglHV 2019

Der derzeit noch gültige § 1 EinglHV 2019 lautet:

„Körperlich wesentlich behinderte Menschen. Durch körperliche Gebrechen wesentlich in ihrer Teilhabefähigkeit eingeschränkt im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind

1. *Personen, deren Bewegungsfähigkeit durch eine Beeinträchtigung des Stütz- oder Bewegungssystems in erheblichem Umfang eingeschränkt ist,*
2. *Personen mit erheblichen Spaltbildungen des Gesichts oder des Rumpfes oder mit abstoßend wirkenden Entstellungen vor allem des Gesichts,*
3. *Personen, deren körperliches Leistungsvermögen infolge Erkrankung, Schädigung oder Fehlfunktion eines inneren Organs oder der Haut in erheblichem Umfang eingeschränkt ist,*
4. *Blinden oder solchen Sehbehinderten, bei denen mit Gläserkorrektur ohne besondere optische Hilfsmittel*
 - a) *auf dem besseren Auge oder beidäugig im Nahbereich bei einem Abstand von mindestens 30 cm oder im Fernbereich eine Sehschärfe von nicht mehr als 0,3 besteht oder*
 - b) *durch Buchstabe a nicht erfasste Störungen der Sehfunktion von entsprechendem Schweregrad vorliegen,*
5. *Personen, die gehörlos sind oder denen eine sprachliche Verständigung über das Gehör nur mit Hörhilfen möglich ist,*
6. *Personen, die nicht sprechen können, Seelentauben und Hörstummen, Personen mit erheblichen Stimmstörungen sowie Personen, die stark stammeln, stark stottern oder deren Sprache stark unartikuliert ist.“*

² Ausführliche bibliografische Angaben im Literaturverzeichnis.

³ Außerdem ein *Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten* (Degkwitz et al. 1975).

⁴ Außerdem ein *Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten* (Degkwitz et al. 1980).

⁵ Außerdem erfolgte mit der ICD-10 die separate Veröffentlichung der *Klinisch-diagnostische Kriterien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen als* (Dilling et al. 1991) und der *Forschungskriterien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen* (Dilling et al. 1994).

EinglHV 1964

§ 1 EinglHV 1964 hatte für die heute als *Blinde* und *Sehbehinderte* in § 1 EinglHV 2019 aufgenommenen hochgradig Sehschwachen formuliert: „*Hochgradig Sehschwache. Hochgradig sehschwach im Sinne des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Gesetzes sind Personen, die sich zwar in einer ihnen nicht vertrauten Umgebung ohne fremde Hilfe noch zurechtfinden, ihr Sehvermögen aber für eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft, vor allem auf einem angemessenen Platz im Arbeitsleben, nicht oder nur unzureichend verwerten können. Die Voraussetzung des Satzes 1 ist erfüllt, wenn das bessere Auge eine Sehschärfe von weniger als 1/20 oder krankhafte Veränderungen von entsprechendem Schweregrad aufweist.*“

EinglHV 1971

§ 1 EinglHV 1971 hatte ab Satz 2 präzisiert: „... *Die Voraussetzung des Satzes 1 ist erfüllt bei Personen, bei denen mit Gläserkorrektur ohne besondere optische Hilfsmittel*
1. auf dem besseren Auge oder bei einem Abstand von mindestens 30 cm oder im Fernbereich eine Sehschärfe von nicht mehr als 0,3 besteht oder
2. durch Nummer 1 nicht erfasste Störungen der Sehfunktionen von entsprechendem Schweregrad vorliegen.“

EinglHV 1975

Ab 1975 wurden Blinde und Sehbehinderte in § 1 EinglHV 1975 eingeordnet. Dort wird unter Abs. 4 Buchstabe a die Formulierung des § 1 EinglHV 1971 aufgenommen.

Auf die übrigen Aspekte des § 1 EinglHV 2019 und ihre Vorgeschichte kann hier verzichtet werden.

Es wird an diesem Beispiel der *blinden und sehbehinderten* Personen deutlich, dass der Verordnungsgeber für manche Sachverhalte praktikable Operationalisierungen gewählt hat.

2.2.1.2 Der § 2 EinglHV

EinglHV 2019

Ausführlicher dargelegt wird im Folgenden die Vorgeschichte von § 2 EinglHV 2019: „*Geistig wesentlich behinderte Menschen. Geistig wesentlich behindert im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind Personen, die infolge einer Schwäche ihrer geistigen Kräfte in erheblichem Umfang in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt sind.*“

Die Bestimmungen des § 2 EinglHV 2019 sind wortgleich mit den Bestimmungen des § 2 EinglHV 1975. Im Jahre 1975, zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der EinglHV 1975, galt die 8. Revision der *Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD-8)* der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1965. Die heutige ICD-10-Kategorie *Intelligenzminderung* in der deutschsprachigen Fassung war in der ICD-8 als Kategorie *Oligophrenien* bezeichnet. Die Kategorie Oligophrenien war im Hinblick auf die Schweregrade folgendermaßen untergliedert (Degkwitz et al. 1975):

- 310 Minderbegabung (Grenzfälle) (IQ⁶ 68-85)
- 311 Leichter Schwachsinn (IQ 52-67)
- 312 Deutlicher Schwachsinn (IQ 36-51)

⁶ IQ: Abkürzung für Intelligenzquotient als Maß für die Intelligenz oder intellektuelle Leistungsfähigkeit einer Person.

- 313 Schwerer Schwachsinn (IQ 20-35)
- 314 Hochgradiger Schwachsinn (IQ unter 20)

Als Obergrenze für die Oligophrenien war ein IQ von 85 gesetzt⁷.

Die deutschsprachige Fassung des psychiatrischen Kapitels der nachfolgenden ICD-9 (Degkwitz et al. 1980) behielt die Kategorie *Oligophrenien* bei, änderte die Bezeichnung für die Schweregrade geringfügig und ordnete sie geringfügig anders an. Ein IQ von 70 wurde als Obergrenze der Oligophrenien festgelegt⁸:

- 317 Leichter Schwachsinn (IQ 50-70)
- 318 Andere Ausprägungsgrade des Schwachsinn
- 318.0 Deutlicher Schwachsinn (IQ 35-49)
- 318.1 Schwerer Schwachsinn (IQ 20-34)
- 318.2 Hochgradiger Schwachsinn (IQ unter 20)

Die in den 1990er Jahren in Kraft getretene ICD-10 (Dilling et al. 1991) löste mit der diagnostischen Kategorie *Intelligenzminderung* die diagnostische Kategorie *Oligophrenie(n)* ab. Die Schweregrade der Intelligenzminderung und die Obergrenze für die Intelligenzminderung (IQ <70) wurden neu bestimmt:

- F70 Leichte Intelligenzminderung (IQ 50-69)
- F71 Mittelgradige Intelligenzminderung (IQ 35-49)
- F72 Schwere Intelligenzminderung (IQ 20 -34)
- F73 Schwerste Intelligenzminderung (IQ unter 20)⁹

Zusammenfassung: Weder 1975 (ICD-8) noch später (ICD-9 und ICD-10) erfolgte eine einengende Präzisierung der EinglHV-Kategorie *Schwäche der geistigen Kräfte* auf die diagnostischen Kategorien *Oligophrenien* (ICD-8 und 9) oder *Intelligenzminderung* (ICD-10) oder die Vorgabe des IQ-Grenzwertes von 85 (ICD-8), des IQ-Grenzwertes von 70 (ICD-9) oder des IQ-Grenzwertes von < 70 (ICD-10).

EinglHV 1964

Der § 5 EinglHV 1964 regelte den zur Rede stehenden Sachverhalt folgendermaßen: „*Personen mit schwach entwickelten geistigen Kräften. Behinderte im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 1 Nummer 5 des Gesetzes sind Personen, die infolge einer anlagebedingten oder durch Krankheit oder Hirnverletzung verursachten Hemmung der Entwicklung ihre geistigen Kräfte oder infolge einer durch Krankheit oder Hirnverletzungen verursachten Rückentwicklung ihrer geistigen Kräfte am Leben in der Gemeinschaft, vor allem an Arbeitsleben, nicht oder nur unzureichend teilnehmen können*“.

Mit dieser Formulierung fasste § 5 EinglHV 1964 noch die anlage-, krankheits- und verletzungsbedingten Entwicklungshemmungen der geistigen Kräfte einerseits, die Rückbildungen intellektueller Funktionen (*geistige Kräfte*) infolge Krankheit oder Hirnverletzung andererseits zusammen. Dieser inhaltlich breite Umfang ist in den späteren Fassungen der EinglHV nicht mehr gegeben.

⁷ Bemerkenswerterweise wurde formuliert: „Die IQ-Grenzen sind künstlich, da kein Intelligenztest spezifisch ist. Diese werden nur als Hinweis gegeben und sollten nicht engherzig benutzt werden. Die Beurteilung des Intelligenzniveaus sollte auf allen verfügbaren Informationen beruhen einschließlich dem klinischen Urteil und psychometrischen Testergebnissen.“ (Degkwitz et al. 1975, S. 77)

⁸ Wieder wird explizit auf den vorsichtigen Umgang mit den Grenzwerten hingewiesen: „Die angegebenen IQ-Niveaus basieren auf einem Test mit einem Mittelwert von 100 und einer Standardabweichung von 15, wie sie für die Wechsler-Skalen gültig sind. Sie sollen nur als Anhaltspunkt dienen und nicht rigide angewendet werden.“ (Degkwitz et al. 1980, S. 89)

⁹: Es wird ausdrücklich: „Die Einschätzung der Intelligenz sollte auf allen verfügbaren Informationen beruhen. Dazu gehören klinischer Eindruck, Anpassungsverhalten, gemessen am kulturellen Hintergrund des Individuums und psychometrische Befunde.“ (Dilling et al. 1991, S. 238)

Für die EinglHV 1964 hätte die diagnostische Kategorie *Schwachsinn* in der deutschsprachigen Übersetzung der ICD-7 der WHO (Statistisches Bundesamt Wiesbaden 1958)¹⁰ für die Hemmung der Entwicklung geistigen Kräfte zur Verfügung gestanden, wenn der Personenkreis hätte eingegrenzt werden sollen.

EinglHV 1971

Der § 4 EinglHV 1971 definierte die Entwicklungshemmung der geistigen Kräfte, nunmehr als Schwäche der geistigen Kräfte bezeichnet, wie folgt: „*Personen mit Schwäche der geistigen Kräfte. Durch Schwäche ihrer geistigen Kräfte wesentlich behindert im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 1 Nummer 5 des Gesetzes sind Personen, die infolge dieser Schwäche am Leben in der Gemeinschaft, vor allem auf einem angemessenen Platz im Arbeitsleben, nicht oder nur unzureichend teilnehmen können.*“

Auch § 4 EinglHV 1971 verzichtete auf einen bestimmten IQ-Grenzwert oder eine bestimmte diagnostische Kategorie (ICD-Diagnose). Dem Verordnungsgeber hätten die diagnostische Kategorie *Oligophrenie* als Ganzes oder die schweregradbezogenen Kategorien von *Schwachsinn* der ICD-8 (WHO von 1965) (Statistisches Bundesamt Wiesbaden 1968) zur Verfügung gestanden.

Die in § 5 EinglHV 1964 noch genannte *Rückentwicklung der geistigen Kräfte durch Krankheit oder Hirnverletzung* war in § 4 EinglHV 1971 nicht mehr enthalten. Stattdessen führte die EinglHV 1971 den § 6 für *seelisch wesentlich Behinderte* ein; ihm wurden seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns zugeordnet.

EinglHV 1975

§ 2 EinglHV 1975 führte aus: „*Geistig wesentlich Behinderte. Geistig wesentlich behindert im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 1 des Gesetzes sind Personen, bei denen infolge einer Schwäche ihrer geistigen Kräfte die Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft in erheblichem Umfang beeinträchtigt ist.*“

Zusammenfassung

Der Verordnungsgeber engte in keiner Fassung der EinglHV (1964, 1971, 1975, 2019) den anspruchsberechtigten Personenkreis durch einen **IQ-Grenzwert** oder durch die Nennung einer bestimmten **diagnostischen Kategorie** der jeweils gültigen ICD-Version ein. Der Verordnungsgeber räumte damit auch Personen mit weniger beeinträchtigten kognitiven Funktionen – sofern dadurch ihre *Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft in erheblichem Umfang beeinträchtigt ist* – einen Leistungsanspruch ein.

Eigene Erfahrungen einerseits und die Erkenntnisse aus den Validierungsworkshops andererseits (vgl. Kapitel 3.3.2) zeigen, dass vielerorts in der Praxis in diesem Sinn verfahren wird, während anderenorts die Voraussetzungen des Leistungsanspruchs restriktiv definiert werden.

Soweit mancherorts angewandte Handreichungen, Instruktionen, Handlungsanweisungen usw. mittels IQ-Grenzwerten und/oder Engführung auf definierte ICD-Kategorien den derzeit nach EinglHV leistungsberechtigten Personenkreis einengen, stehen sie offenkundig nicht im Einklang mit den Bestimmungen der EinglHV.

¹⁰ Ein separater Diagnoseschlüssel und Glossar wie später für ICD-8, ICD-9 und ICD-10 war für die ICD-7 noch nicht vorgesehen.

2.2.1.3 Der § 3 EinglHV

EinglHV 2019

§ 3 EinglHV 2019 lautet: „*Seelisch wesentlich Behinderte. Seelische Störungen, die eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch zur Folge haben können, sind*

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

Die Bestimmungen des § 3 EinglHV 2019 sind textidentisch mit denen des § 3 EinglHV 1975; sie sind also rund 50 Jahre alt. Zu jener Zeit war in Deutschland – wie schon weiter oben erläutert – noch die ICD-8 der WHO verbindlich. Die seit den 1990er Jahren in Deutschland amtliche ICD-10 führt den in EinglHV 1975 und demgemäß auch in EinglHV 2019¹¹ verwendeten Begriff *Psychose* als diagnostisch-klassifikatorischen Begriff oder Oberbegriff nicht mehr an. Zuletzt verwendete ihn die ICD-9.

EinglHV 1964

Die EinglHV 1964 enthielt noch keine Rubrik *Seelische Behinderung*. Einen Teil der heute dort hingehörenden Störungsbilder umfasste ihr § 5: „*Personen mit schwach entwickelten geistigen Kräften. Behinderte im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 1 Nummer 5 des Gesetzes sind Personen, die infolge einer anlagebedingten oder durch Krankheit oder Hirnverletzung verursachten Hemmung der Entwicklung ihre geistigen Kräfte oder infolge einer durch Krankheit oder Hirnverletzungen verursachten Rückentwicklung ihrer geistigen Kräfte am Leben in der Gemeinschaft, vor allem am Arbeitsleben, nicht oder nur unzureichend teilnehmen können.“*

EinglHV 1971

§ 6 EinglHV 1971 führte erstmals die seelisch Behinderten in die EinglHV ein: „*Seelisch Behinderte. Seelisch behindert im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 des Gesetzes sind Personen, die infolge seelischer Störungen so behindert sind, dass sie am Leben in der Gemeinschaft, vor allem auf einem angemessenen Platz im Arbeitsleben, nicht oder nur unzureichend teilnehmen können.“*

Satz 2 zählt die Störungen auf, die eine solche Behinderung zur Folge haben können:

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

Mit den körperlich nicht begründbaren Psychosen (Nummer 1) sind die heute als *Affektive Störungen* (ICD-10: F3) und die *Schizophrenien* usw. (ICD-10: F2) bezeichneten Krankheitsbilder gemeint. Sie wurden lange in Abgrenzung zu den körperlich begründbaren Psychosen auch unter dem Begriff endogene Psychosen zusammengefasst. Der Begriff der Endogenität indes war Gegenstand langer Kontroversen (vgl. Vliegen 1986, Weitbrecht 1973) und wurde deshalb gänzlich aufgegeben.

¹¹ Der Begriff Psychose wird – wie später kritisch erörtert werden wird – auch im VOLE-Entwurf verwendet.

EinglHV 1975

§ 3 EinglHV 1975 lautete folgendermaßen: „*Seelisch wesentlich Behinderte. Seelisch behindert im Sinne des § 39 Abs. 1. Satz 1 sind Personen, bei denen infolge seelischer Störungen die Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft in erheblichem Umfange beeinträchtigt ist...*“. Satz 2 führte die seelischen Störungen auf, die eine Behinderung im Sinne des Satzes 1 haben können:

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

2.2.2 Beurteilungsmaßstäbe nach geltendem Recht (Schwerpunkt „Wesentlichkeit“ der Behinderung bzw. Teilhabebeeinträchtigung)

Nachfolgend sollen die Beurteilungsmaßstäbe der §§ 1-3 EinglHV 2019 einer Analyse aus medizinischer Sicht unterzogen werden.

2.2.2.1 Zu § 1 EinglHV 2019

§ 1 EinglHV, der sich auf *körperlich wesentlich behinderte Menschen* bezieht, bestimmt das Kriterium der *Wesentlichkeit* der Behinderung gemäß § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII zu den Sachverhalten unter den Nummern 1 bis 6 unterschiedlich.

Die *körperlichen Gebrechen* nach Absatz 1 Nr. 1-3 begründen die Wesentlichkeit der Beeinträchtigung der Teilhabefähigkeit¹², sofern die Gebrechen schon als *erheblich*¹³ gelten. Nähere Operationalisierungen der *Erheblichkeit* werden hingegen nicht vorgenommen.

Für *Blindheit und Sehbehinderung* (Nummer 4) werden für einen Teil der gemeinten Beeinträchtigungen ausdrücklich quantitative Operationalisierungskriterien (Nummer 4a) aufgeführt. Nummer 4b ist vorgesehen für übrige visuelle Beeinträchtigungen, für die keine Operationalisierungen vorgenommen werden.

Gehörlosigkeit oder Hörbeeinträchtigung (Nummer 5) werden durch das Kriterium der für die Verständigung notwendigen Hörhilfen als Kriterium für eine wesentliche Beeinträchtigung der Teilhabefähigkeit operationalisiert.

Für Beeinträchtigungen der *expressiven oder rezeptiven Sprache* und des *Sprechens* (Nummer 6) werden allgemeine Charakterisierungen („*nicht sprechen können*“, *erhebliche* Stimmstörungen, „*stark stammeln...*“ usw.) als Voraussetzung der Wesentlichkeit der beeinträchtigten Teilhabefähigkeit genannt. Der Begriff *erheblich* ist nicht näher erläutert.

Zusammenfassung

Die Charakterisierung der *Erheblichkeit* als Voraussetzung der Anerkennung *beeinträchtigter Teilhabefähigkeit* in der EinglHV erfolgt inkonsistent, und zwar

- entweder durch konkrete Operationalisierungskriterien oder
- durch Bezugnahme auf die Erheblichkeit der Beeinträchtigung körperlicher, sensorischer oder sprachlicher Funktionen.

¹² Der Begriff Teilhabe*fähigkeit* ist inkompatibel mit der ICF.

¹³ Nummer 1 oder 3: „*in erheblichem Umfange eingeschränkt*“, Nummer 2: „*mit erheblichen Spaltbildungen*“.

Mit dieser Vorgehensweise wird auf die Analyse der Wechselwirkungen der Beeinträchtigungen von Funktionen und Aktivitäten mit den Kontextfaktoren im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die konkrete Teilhabe verzichtet. Schon aus der Erheblichkeit der körperlichen Beeinträchtigungen wird auf die Wesentlichkeit der Behinderung geschlossen.

2.2.2.2 Zu § 2 EinglHV 2019

§ 2 EinglHV 2019, textidentisch mit § 2 EinglHV 1975, bezieht sich auf *geistig wesentlich behinderte Menschen*. Er nennt als Kriterium der Wesentlichkeit der Behinderung gemäß § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII, dass ihre *Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft* in der Folge *einer Schwäche ihrer geistigen Kräfte* in *erheblichem Umfang eingeschränkt* ist. Es erfolgt jedoch keine quantitative oder qualitative Präzisierung der Schwäche der geistigen Kräfte – etwa durch Adjektive wie stark, sehr, schwer usw.

Die Einschränkung der Fähigkeit zur Teilhabe *in erheblichem Umfange* gilt in der EinglHV 2019 als Kriterium der wesentlichen Behinderung, ohne dass diese mit als erheblich qualifizierten Beeinträchtigungen kognitiver oder anderer mentaler Funktionen begründet werden müsste. In diesem Sinne sind, wie weiter oben schon erörtert, weder IQ-Grenzwerte noch spezielle diagnostische-klassifikatorische ICD-Kategorien aufgeführt. Der stattdessen praktizierte Verzicht auf eine Quantifizierung der Schwäche der geistigen Kräfte kommt dem modernen Behinderungsverständnis nahe, indem auf die im Umfang erheblich eingeschränkte Teilhabefähigkeit abgehoben wird.

2.2.2.3 Zu § 3 EinglHV 2019

Der § 3 EinglHV, der sich auf *seelisch wesentlich behinderte Menschen* bezieht, führt unter den Nummern 1 bis 4 diejenigen Gruppen seelischer Störungen auf, die eine *wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit zur Folge haben können*.

Hier ist wie bei § 2 EinglHV 2019 der *Fähigkeitsbegriff* kritisch zu hinterfragen. Vor allem verdient explizite Zustimmung, dass der Ordnungsgeber deutlich ausdrückt, dass die mit den diagnostischen Kategorien bzw. deren Gruppen bezeichneten Störungsbilder die Teilhabefähigkeit *nicht zwingend* einschränken, sondern einschränken *können*.

Das lenkt den Fokus auf die notwendige Feststellung der Wesentlichkeit der Beeinträchtigung der Teilhabe im *konkreten Einzelfall*. Anders ausgedrückt: Das Vorliegen einer bestimmten seelischen Störung allein begründet noch nicht die Zugehörigkeit zur Gruppe *seelisch wesentlich behinderter Menschen*, sondern bedarf der Beurteilung der individuell relevanten Auswirkungen auf die Teilhabe(-fähigkeit).

2.2.2.4 Zusammenfassung

Der Vergleich der §§ 1-3 EinglHV 2019 untereinander zeigt erhebliche Unterschiede in der Bestimmung der Kriterien für die Zugehörigkeit zu den drei Gruppen auf. Der Stellenwert des Begriffs *Erheblichkeit* ist sogar teilweise *innerhalb* der betrachteten Paragraphen unterschiedlich.

Das Verhältnis der Begriffe Erheblichkeit und Wesentlichkeit ist **weder plausibel definiert noch konsistent angewendet**. Diese Inkonsistenz bringt für die Anwendungspraxis im Verwaltungsverfahren **erhebliche Unsicherheiten** und **Fehlerquellen** mit sich.

Diese methodische Inkonsistenz, die u. a. der historischen Genese der fortentwickelten Verordnungstexte seit 1964 geschuldet ist, ist *eine* der Erklärungen für die Heterogenität und Widersprüchlichkeit der Prüfergebnisse, wie sie sich in den durchgeführten Validierungsworkshops gezeigt hat (siehe Kapitel 3.3.1).

2.3 Sozialwissenschaftliche Einordnung

Im Rahmen der sozialwissenschaftlichen Untersuchung wurde zunächst eine Ist-Aufnahme des Entscheidungsfindungsprozesses in der Praxis (d. h. nach EinglHV) vorgenommen. Die Beantwortung der Forschungsfrage, ob die VOLE zu Veränderungen des leistungsberechtigten Personenkreises führen könnte, entbehrt ohne Kenntnis der Rechtsauslegung, -bewertung und Entscheidungspraxis in der Wirklichkeit der Trägerinnen und Träger der Eingliederungshilfe jedweder Substanz. Erst ein **Ableich der aktuellen Rechtspraxis der EinglHV mit den in diesem Projekt zur Umsetzung der VOLE gewonnen Erkenntnisse** gestattet eine entsprechende Einschätzung.

Ziel der Vorabevaluation war es dementsprechend nicht, eine umfassende Untersuchung zur Anwendungspraxis der EinglHV vorzunehmen, sondern die **aus Sicht der Evaluation unbedingt nötigen Kontextinformationen zur Einordnung und Interpretation** der jeweiligen Verordnungstexte (EinglHV und VOLE) zu erheben. Die aus der Analyse und der darauf basierenden vergleichenden Bewertung gewonnenen Erkenntnisse bilden die Basis für die Beantwortung der Forschungsfragen aus sozialwissenschaftlicher Sicht.

Nachfolgend werden zunächst die im Projekt zur Praxis der EinglHV und deren Auswirkungen auf die Entscheidung über die Leistungsberechtigung gewonnen Erkenntnisse dargestellt. Die Gegenüberstellung mit möglichen durch die VOLE bedingten Veränderungen bzw. weitere zukünftig praxisrelevante Erkenntnisse finden sich in Kapitel 3.3.

2.3.1 Informationen zum Kontext der Verwaltungspraxis

Zur **Einordnung der Entscheidungen** über die Leistungsberechtigung, die sich in den Fallstudien bzgl. der exemplarisch bewerteten Fallkonstellationen zeigten, wurden bei den Praktikerinnen und Praktikern verschiedene Informationen zu ihrer **Verwaltungspraxis in der Eingliederungshilfe** erhoben. Diese Informationen bilden relevante **Kontextfaktoren des Entscheidungsfindungsprozesses** ab und unterstützen die qualitative Analyse der Entscheidungen in beiden Untersuchungsschritten, d. h. der Begutachtung auf Grundlage der EinglHV und der VOLE.

Die Ergebnisse dieser Befragung zeigen **deutliche Unterschiede in den Herangehensweisen an die Beurteilung des Leistungszugangs** in der Eingliederungshilfe, unter anderem mit Blick auf den Prüfungsprozess oder die zur Entscheidungsfindung herangezogenen Unterlagen. Diese Unterschiede finden sich nicht nur bei der Fallbearbeitung, sondern auch in den daran anschließenden Diskussionen sowie in den Validierungsworkshops wieder.

Die Verwaltungspraxis der **Prüfung der Leistungsberechtigung** wird von den Teilnehmenden höchst unterschiedlich beschrieben. **Die Mehrheit** der Teilnehmenden der Fallstudien **prüft** die Leistungsvoraussetzungen nach § 99 SGB IX (in der Regel) **unabhängig von der Ermittlung des Leistungsbedarfs. Eine Minderheit gibt an, in der Regel gemeinsam oder immer gemeinsam zu prüfen.** Die beantragte Leistungsart hat über zwei Dritteln der Fallstudien-Teilnehmenden zufolge keine Auswirkungen auf die Art und Tiefe der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen – die restlichen Befragten in der Stichprobe stellen jedoch ebensolche Auswirkungen fest.

Die **ICF-Klassifikation**, die laut BTHG die Grundlage für die neuen Begriffsbestimmungen in § 2 SGB IX darstellt, wird **nicht regelhaft zur Feststellung der Leistungsberechtigung genutzt**. Sie wird bei der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen von weniger als der Hälfte der Fallbearbeiterinnen und -bearbeiter immer verwendet; fast ebenso viele Personen in der Stichprobe nutzen diese jedoch in der Regel nicht. Bei einigen Befragten kommt die ICF überhaupt nicht zum Einsatz. Wird auf die ICF im Rahmen der Prüfung der Leistungsberechtigung zurückgegriffen, so stellen die Beeinträchtigung der Aktivitäten und der Teilhabe das wichtigste Kriterium dar. Weitere relevante Kriterien, die mehr als ein Drittel der mit der ICF prüfenden Befragten nutzen, sind die Kontextfaktoren, insbesondere die Umweltfaktoren. Beurteilungsmerkmale der ICF und Schädigungen der Körperstrukturen sind im Vergleich weniger häufig genutzte Kriterien.

Bei der Fallprüfung liegen den Praktikerinnen und Praktikern zum Teil **sehr unterschiedliche Unterlagen** vor. Ein Antrag liegt den Ergebnissen zufolge immer vor, daneben spielen medizinische Unterlagen eine wichtige Rolle. Am häufigsten handelt es sich bei den medizinischen Unterlagen um Krankenhaus- oder Entlassungsberichte einer Reha-Einrichtung. Ein Sozialbericht liegt in weniger als der Hälfte der Fälle vor. Nach erster Begutachtung werden darüber hinaus durch die Fallbearbeiterinnen und -bearbeiter **am häufigsten medizinische Unterlagen sowie ein Intelligenztest**, gefolgt von Gutachten von Psychologinnen bzw. Psychologen sowie Sozialberichten von Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeitern ergänzend hinzugezogen. In den in der Regel vorliegenden medizinischen Unterlagen sind nach Aussagen der meisten Teilnehmenden über rein medizinische Aussagen zu Art und Schwere der Erkrankung bzw. der Behinderung hinaus **eher selten Angaben zu den Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder Teilhabe** im Sinne der ICF sowie zu eventuellen Kontextfaktoren enthalten.

Obwohl den medizinischen Unterlagen eher selten Angaben zur Beeinträchtigung der Aktivitäten oder Teilhabe zu entnehmen sind, geben nahezu alle Personen in der Stichprobe sowohl nach EinglHV als auch nach VOLE an, neben der Zuordnung der Diagnose auch die erhebliche Einschränkung der Teilhabe zu prüfen. Dies gilt auch für die Beurteilung der Wesentlichkeit der Behinderung sowohl hinsichtlich der Einschränkung zur Fähigkeit der Teilhabe als auch der Einschränkungen im Alltagsleben. Für die Beurteilung der Wesentlichkeit der Behinderung nach § 3 EinglHV bzw. § 4 VOLE wird ebenfalls eine Zuordnung der genannten Krankheitsgruppen als auch das Ausmaß der psychischen Einschränkung geprüft. Da den Erhebungen zufolge eher selten nichtmedizinische Unterlagen (wie z. B. Sozialbericht) herangezogen werden, basiert die Entscheidung über den Leistungszugang überwiegend allein auf der Diagnose, zunehmend ergänzt durch die bei der bzw. dem Berechtigten selbst gewonnenen Erkenntnisse.

Die **Aussagekraft bzw. Informationsqualität** der Unterlagen für die Fallbeurteilung wird nicht einheitlich bewertet. Den **medizinischen Unterlagen** wird dabei zur **Beurteilung der Wesentlichkeit** der Behinderung **knapp mehrheitlich ein hoher Stellenwert beigemessen** und sie somit **als entscheidend bewertet**. Gleichzeitig befindet etwas weniger als die Hälfte der Personen in der Stichprobe, dass medizinische Unterlagen für die Beurteilung einen mittleren Stellenwert haben und allein nicht ausreichend sind. Der Widerspruch, dass den medizinischen Unterlagen einerseits ein hoher Stellenwert für die Entscheidungsfindung beigemessen wird, diese Unterlagen andererseits aber nur eher selten überhaupt Feststellungen zur Teilhabebeeinträchtigung und deren Wesentlichkeit beinhalten, wurde von den Teilnehmenden der Verifizierungsworkshops bestätigt, was die Bedeutung rein medizinischer Unterlagen für die Entscheidungsfindung deutlich relativiert. Die Mehrzahl der Teilnehmenden schließt die Informationslücke durch persönliche Gespräche mit den Antragstellenden und den dabei gewonnenen Erkenntnissen oder die Inanspruchnahme weiterer Informationsquellen (Sozialberichte, Angehörigengespräche, Kontakt mit Leistungserbringern usw.).

Die **Mehrheit der Befragten** hält neben der Angabe einer medizinischen Diagnose anhand der Diagnoseschlüssel des ICD-10 **Angaben** zur Beeinträchtigung der Aktivitäten bzw. der Teilhabe **im Sinne der ICF für wünschenswert. Unverzichtbar sind sie aus Sicht von etwas weniger als der Hälfte der Befragten.** Mit Blick auf die einzelnen Vorschriften halten die Befragten die Klärung der Erheblichkeit des Krankheitsstatbestandes insbesondere für § 3 EinglHV für unverzichtbar, die Mehrheit spricht ihr jedoch auch hohe Bedeutung für die weiteren Vorschriften zu. Bei den Faktoren, die für die **Feststellung der Wesentlichkeit** der Behinderung als bedeutsam eingeschätzt und zur Entscheidungsfindung herangezogen werden, zeigen sich ebenfalls Unterschiede. Etwa gleichermaßen oft genannt werden der Grad der Behinderung im Sinne des Schwerbehindertenrechts, die Entscheidungen zur gesetzlichen Betreuung, der Pflegegrad der Pflegeversicherung und etwas weniger oft das Maß der Erwerbsminderung im Sinne des Rentenrechts.

Auch bei der **Nutzung von Arbeitshilfen** zeigt sich Heterogenität in der Stichprobe. Für die Entscheidungsfindung werden unterschiedliche Hilfsmittel genutzt. Am häufigsten werden die Orientierungshilfe der BAGüS, interne Arbeits- bzw. Dienstanweisungen sowie Kommentare zu gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen genannt. Weniger oft werden die ICF-Checkliste der Weltgesundheitsorganisation (WHO) genutzt oder amtliche Sachverständige zu Rat gezogen. In letzterem Fall steht am häufigsten eine Klärung der Wesentlichkeit der Behinderung und der Art der Behinderung für die Feststellung der Leistungsberechtigung im Vordergrund.

Diese Heterogenität in der Vorgehensweise durch die befragten Praktikerinnen und Praktiker zeigt sich **nicht nur in der Gesamtschau über alle Länder hinweg, sondern auch innerhalb einzelner Länder.** So zeigen sich zum Beispiel deutliche Unterschiede im Verwaltungsverfahren (u. a. gemeinsame oder getrennte Prüfung der Leistungsberechtigung und Bedarfsermittlung, Zugriff auf die Kriterien der ICF) oder bei vorliegenden Unterlagen und genutzten Hilfsmitteln (u. a. Vorliegen von Angaben zu den Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe). Für einzelne Länder zeichnen sich keine erkennbaren Muster einer landesspezifischen und umfassend einheitlichen Verwaltungspraxis ab.

Auf diese und weitere Unterschiede wird im Detail im Zusammenhang mit dem potenziellen Einfluss der VOLE auf die Verwaltungspraxis in Kapitel 3.3.1 eingegangen.

2.3.2 Informationen zur rechtlichen Würdigung

Bei den Teilnehmenden zeigt sich **kein einheitliches Verständnis der zentralen Merkmale zur Feststellung der Leistungsberechtigung.** Die Begrifflichkeiten **der Erheblichkeit der Beeinträchtigung (d. h., des Krankheitszustandes oder der „Behinderung“)** und **der Wesentlichkeit der Teilhabebeeinträchtigung** werden von den Praktikerinnen und Praktikern als unterschiedlich herausfordernd wahrgenommen und verstanden. Die Einordnung der Erheblichkeit des Krankheitsstatbestandes in die rechtliche Beurteilung der Wesentlichkeit der Behinderung wird von einer Hälfte der Befragten als Problem wahrgenommen, von der anderen Hälfte nicht. Unterschiede werden jedoch auch im Verständnis der Begriffe sichtbar: Während die überwiegende Mehrheit der Befragten eine Unterschiedlichkeit feststellt, begreifen einige die Begriffe auch **synonym.** Erkannt wird die Unterschiedlichkeit der Begriffe vor allem von Teilnehmenden aus den Ländern, die nach der medizinischen Prüfung der Erheblichkeit des Krankheitsstatbestandes anschließend getrennt das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung – zum Teil unter Nutzung der ICF-Checkliste der WHO – prüfen.

Sowohl bei der Fallbearbeitung in den anschließenden Diskussionen als auch in den Validierungsworkshops bestätigen oder zeigen sich u. a. **andere** Auffassungen der Bedeutung von **Testpsychologie**, der Trennung von **Leistungszugangsbeurteilung und Bedarfsermittlung**, der **Abgrenzung von geistigen und psychischen Behinderungen** und eine Orientierung an **unterschiedlichen Arbeitshilfen**. Diagnosen haben nicht für alle Praktikerinnen und Praktiker den gleichen Stellenwert und auch innerhalb eines Trägers oder je nach überweisender Einrichtung (z. B. Psychiatrische Einrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen) enthalten sie **nicht immer Angaben zu Aktivitäten und Partizipation**.

Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur „Wesentlichkeit der Behinderung“, insbesondere das Urteil vom 22.03.2012 – B 8 SO 30/10R (vergl. 2.1.3.2) ist den an der Stichprobe teilnehmenden Praktikerinnen und Praktiker – abgesehen von wenigen Ausnahmen – flächendeckend unbekannt. „Entscheidend ist (danach) mithin nicht, wie stark die geistigen Kräfte beeinträchtigt sind und in welchem Umfang ein Funktionsdefizit vorliegt, sondern wie sich die Beeinträchtigung auf die Teilhabemöglichkeit auswirkt“. Gleichwohl erklärt in den Validierungsworkshops etwa die Hälfte der Teilnehmenden, dass sie in der Praxis auch ohne Kenntnis der Rechtsprechung und aus der Einzelfallbeurteilung heraus im Einklang mit dieser verfahren, weil ansonsten kein rechtmäßiges, insbesondere ein den Antragstellenden gerecht werdendes Ergebnis erzielt werden könne.

Schließlich weist auch der rechtliche Prüfprozess im Detail jeweils Verschiedenheiten in den Ländern und bei den Trägerinnen und Trägern innerhalb der Länder auf. Diese Divergenzen erklären sich die Beteiligten durch **unterschiedliche Instrumente** (insbesondere Arbeitsanweisungen verschiedener Ebenen) **und Absprachen**, die Beteiligung **unterschiedlicher Akteure** (z. B. Gesundheitsämter, Leistungserbringer), die persönliche **Arbeitsbelastung** der Prüfenden und durch die **Kommunalisierung** der Eingliederungshilfe in einigen Ländern.

Grundsätzlich wird bei der Untersuchung der Ausgangslage eine **hohe Heterogenität der praktischen Umsetzung der EinglHV innerhalb der Stichprobe** der Erhebungen sichtbar. In der Konsequenz erfolgt in dieser **kein einheitliches Vorgehen bei der Anwendung des geltenden Rechts**. Dieser Umstand hat, wie in der weiteren Analyse deutlich wird, auch Auswirkungen auf die möglichen Veränderungen des leistungsberechtigten Personenkreises, die mit Inkrafttreten der VOLE einhergehen würden.

2.3.3 Fallbewertung in den Fallstudien auf Basis der EinglHV

Vor dem Hintergrund der sich unter 3.3.1 und 3.3.2 zeigenden Heterogenität der zur Prüfung der Leistungsberechtigten eingesetzten Verwaltungsverfahren und rechtlichen Prüfschritte zeigen sich auch bei der Bearbeitung der Fallvignetten durch die Praktikerinnen und Praktiker **unterschiedliche Ergebnisse**. Bei einem Teil der Fallvignetten zeigen sich einheitlichere Bewertungen, bei einigen Fallvignetten weicht die Beantwortung der Fragestellung nach dem Leistungszugang durch die Teilnehmenden deutlicher ab (insbesondere Fallvignette 1).

Die Prüfung, worauf dieses unterschiedliche Antwortverhalten zurückzuführen sein könnte, zeigt **kein eindeutiges Muster hinsichtlich der Beurteilung der Leistungsberechtigung** (positive/negative Entscheidung) **und den abgefragten Indikatoren der Verwaltungspraxis**. Es gibt keine deutlichen Unterschiede dahingehend, welche (ergänzenden) Unterlagen herangezogen werden und welche Beurteilung daraus resultiert. Die Abgrenzung von Wesentlichkeit der Behinderung (Beeinträchtigung der Teilhabe) und Erheblichkeit des Krankheitszustandes wird mit einer Ausnahme (Fallvignette 2, hier wird das Begriffsproblem bei einer negativen Entscheidung als größer wahrgenommen) etwa zu gleichen Teilen als Herausforderung bzw. keine Herausforderung

beschrieben. Die Mehrheit nimmt die Begriffe – unabhängig von einer positiven oder negativen Entscheidung über den Leistungszugang – als unterschiedlich wahr.

Ebenso legen die Ergebnisse nahe, dass es zwischen den Ländern keine gemeinsamen Ursachen für die unterschiedlichen Fallbewertungen und den Verwaltungspraktiken gibt. Für die in der Stichprobe bearbeiteten Fallkonstellationen gibt es **in allen Ländern Abweichungen von einer einheitlichen Beurteilung.**

3. Verordnung über den Leistungszugang in der Eingliederungshilfe (VOLE)

3.1 Rechtliche Beurteilung der beabsichtigten Änderungen (im Sinne einer vergleichenden Betrachtung)

3.1.1 § 1 VOLE

§ 1 VOLE verdeutlicht, dass die VOLE das für den Leistungszugang relevante Kriterium der „wesentlichen Behinderung“ im Sinne des § 99 Abs. 1 SGB IX konkretisiert. Bei einer rechtlichen Beurteilung wird es insbesondere darauf ankommen, ob und in welchem Umfang die Vorschriften der VOLE – auch im Sinne einer vergleichenden Analyse gegenüber der EinglHV – mit der Legaldefinition der „wesentlichen Behinderung“ in § 99 Abs. 1 SGB IX und der sie auslegenden, höchstrichterlichen Rechtsprechung harmonisieren.

Vorab ist jedoch festzuhalten, welche Aspekte innerhalb des Prüfungsaufbaus des § 99 SGB IX von der VOLE nicht geregelt werden:

Nach § 99 Abs. 1 SGB IX ist für den Leistungszugang neben dem in §§ 2 - 4 der VOLE konkretisierten Merkmal der „wesentlichen Behinderung“ auch notwendig, dass „nach der Besonderheit des Einzelfalls Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann“. Auf dieses Merkmal geht die VOLE – wie bisher die EinglHV auch – nicht ein. Keine Aussagen enthält die VOLE – wie bisher auch – zu der Konstellation der „drohenden“ wesentlichen Behinderung im Sinne des § 99 Abs. 2 SGB IX. Gleiches gilt für § 99 Abs. 3 SGB IX, der in den von § 99 Abs. 1 SGB IX in Verbindung mit §§ 2-4 VOLE nicht erfassten Fällen Leistungen der Eingliederungshilfe im Ermessenswege ermöglicht.

Im Vergleich zur EinglHV ebenfalls unverändert geblieben ist die bisherige Dreiteilung (Körperlich/Geistig/Seelisch), obgleich die ICF alle Beeinträchtigungen (= Gesundheitsprobleme) unter der Begrifflichkeit „Körperfunktionen und -strukturen“ erfasst und auch mentale (geistige und seelische) Funktionen unter „Körperfunktionen“ subsumiert.

Rechtlich positiv zu beurteilen ist, dass §§ 2 - 4 VOLE die Begrifflichkeiten des § 2 SGB IX und des § 99 SGB IX jeweils im Normtext aufgreifen. Damit wird die rechtliche Anschlussfähigkeit der VOLE an §§ 2 und 99 SGB IX sowie an andere Vorschriften, etwa im Kinder- und Jugendhilferecht (SGB VIII), gewährleistet.

In den §§ 2 - 4 VOLE wird terminologisch auf das (oben näher beschriebene) „Wechselwirkungsmodell“ Bezug genommen. Obgleich es sich bei der expliziten Aufnahme des „Wechselwirkungsmodells“ in den Wortlaut der VOLE nur um eine Klarstellung handeln dürfte, ist die Bezugnahme rechtlich positiv zu bewerten. Denn damit wird zutreffend unterstrichen, dass das bio-psycho-soziale Modell auch in der Eingliederungshilfe die zentrale Grundlage für die Beurteilung des Leistungszugangs liefert.

Trotz der vorstehend positiv hervorgehobenen Aspekte bleibt die VOLE – wie die EinglHV – in einem zentralen Themenfeld hinter der Gesetzeslage und der gefestigten Rechtsprechung zurück:

Die VOLE definiert weiterhin lediglich die „Gesundheitsprobleme/Beeinträchtigungen“, die als Auslöser für eine Teilhabe einschränkung und damit für eine wesentliche Behinderung in Betracht

kommen. Kriterien für die Prüfung des Ausmaßes der Einschränkung der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft enthält die VOLE indes - ebenso wie die EinglHV - nicht.

Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Feststellung des Gesundheitsproblems das maßgebliche oder gar alleinige Kriterium für den Leistungszugang sei. Vielmehr kommt es bei der Prüfung – wie bereits eingehend dargelegt - entscheidend auf das Ausmaß der Einschränkung der Teilhabe an.

3.1.2 § 2 VOLE (Beeinträchtigung der Körperfunktionen und -strukturen einschließlich der Sinnesfunktionen)

Da die Veränderungen in § 2 VOLE im Vergleich zu § 1 EinglHV im Wesentlichen terminologischer und redaktioneller Natur sind, wird vollumfänglich auf die obigen Ausführungen Bezug genommen, insbesondere zu der Notwendigkeit rangkonformer Auslegung.

3.1.3 § 3 VOLE (Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionen)

Nach § 2 EinglHV ist eine Schwäche der geistigen Kräfte, infolge derer die Teilhabefähigkeit in erheblichem Umfang beeinträchtigt ist, als wesentlich zu werten. Insofern ist für die Feststellung einer wesentlichen geistigen Behinderung neben dem Vorliegen einer Schwäche der geistigen Kräfte immer eine Prüfung der Auswirkungen auf die Teilhabe im Einzelfall erforderlich.

Die Prüfsystematik des § 3 VOLE weicht von der bisherigen gesetzlichen Prüfsystematik des § 2 EinglHV ab, indem sich künftig an den Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-5) orientiert wird.

Die drei verschiedenen Formulierungsvarianten sind aus rein juristischer Sicht im Hinblick auf die Ausweitung oder Verkleinerung des leistungsberechtigten Personenkreises in der Eingliederungshilfe indifferent. Denn alle drei Formulierungen müssen im Ergebnis im Einklang mit den höherrangigen Rechtsnormen der §§ 2 Abs. 1 und 99 Abs. 1 SGB IX und im Lichte der diese Normen auslegenden BSG-Rechtsprechung verstanden werden. Etwaige Widersprüche wären sodann im Wege der rangkonformen Auslegung dahingehend aufzulösen, dass es ungeachtet der in der Verordnung formulierten Kriterien entscheidend auf die Prüfung und Feststellung der wesentlichen Beeinträchtigung der Teilhabe ankommt.

Vor dem Hintergrund des Vorangestellten kann die rein juristische Würdigung (anders als die medizinische und sozialwissenschaftliche Analyse) aller drei Formulierungsvorschläge zu keinen unterschiedlichen Bewertungen führen, da diese letztlich dem Anwendungsvorrang des höherrangigen Gesetzesrechts unterworfen sind.

3.1.4 § 4 VOLE (Beeinträchtigung der psychischen Funktionen)

Für eine wesentliche seelische Behinderung müssen nach § 4 VOLE folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Es muss eine Beeinträchtigung der psychischen Funktionen durch die in den Nummern 1 bis 4 abschließend genannten Diagnosen vorliegen.
2. Infolge der Beeinträchtigung der psychischen Funktionen muss die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren wesentlich eingeschränkt sein.

Entscheidend ist daher für das Vorliegen einer wesentlichen seelischen Behinderung nicht das Ausmaß der Beeinträchtigung der psychischen Funktionen, sondern, wie sich die Beeinträchtigung auf die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft auswirkt.

Hinweise für das Ausmaß dieser Teilhabe einschränkung können dabei beispielsweise Brüche im Lebenslauf geben (z. B. kein Erreichen eines Schulabschlusses trotz entsprechender Begabung, misslungene berufliche Integration, Verlust sozialer Bezüge in Partnerschaft, Familie und Freundeskreis).

3.2 Medizinische Beurteilung der beabsichtigten Änderungen (im Sinne einer vergleichenden Betrachtung)

Der Auftrag wird entsprechend dem Gliederungspunkt *IV.1.2 Medizinische Analyse* in der Leistungsbeschreibung (S. 6) umgesetzt: „*Um eine wesentliche Behinderung feststellen zu können, müssen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen beschrieben werden. Dabei spielen insbesondere medizinische Befunde und Diagnosen eine wesentliche Rolle. Daher lassen sich auch einzelne Fragestellungen des Forschungsprojekts nur aus medizinischer Sicht beurteilen. Dies betrifft insbesondere Fragen zur Abgrenzung einzelner diagnostischer Begrifflichkeiten sowie unterschiedlicher Beeinträchtigungsbilder. Es wird erwartet, dass auf der Grundlage einer umfassenden Literaturanalyse die für die Beantwortung der Forschungsfragen notwendige Terminologie sowohl begriffshistorische als auch systematisch beleuchtet und diskutiert wird sowie die sich daraus ergebenden Anforderungen für die ärztliche Begutachtung dargestellt werden.*“

Die Analyse besteht aus zwei Komponenten:

- a) Kommentar aus medizinischer Sicht zum Entwurf des Verordnungstexts der VOLE im kritischen Abgleich mit der EinglHV; ggf. Hinweise auf Verbesserungspotential der Textfassung
- b) Kommentar aus medizinischer Sicht zum Entwurf des Begründungstextes der VOLE

Aspekte der sachgemäßen Bezugnahme auf die ICF als fundamentale Dokumente für die Sozialgesetzgebung werden nicht aus akademischem Interesse erörtert, sondern mit dem Ziel, Missverständnisse infolge unzulänglicher Bezugnahme auf Systematik und Nomenklatur (Begrifflichkeit) der ICF mit Folgen für die Verwaltungspraxis und Rechtsanwendung zu vermeiden.

3.2.1 Grundsätzliche Vorbemerkung

Erheblichkeit vs. Wesentlichkeit der Behinderung

Bezüglich der Begriffe Erheblichkeit und Wesentlichkeit wird auf die Erörterungen im Abschnitt zur EinglHV verwiesen.

Die §§ 2-4 VOLE sind so formuliert, dass bei medizinisch charakterisierbare Zuständen (Gesundheitsproblemen), sofern sie als *erheblich* charakterisiert werden, eine *wesentliche Behinderung* gegeben ist (§§ 2 und 3 VOLE) oder gegeben sein kann (nur in § 4 VOLE). Im letztgenannten Fall wird immerhin eine gesonderte Bewertung der wesentlichen Behinderung oder wesentlichen Teilhabebeeinträchtigung notwendig.

Es gibt zweifellos viele Fallkonstellationen, bei denen eine Erheblichkeit **unmittelbar evident** ist und zum **Indikator** – jedoch nicht zum Beweis – einer *wesentlichen Behinderung* wird.

Ein regelmäßig geübtes Verfahren der *unmittelbaren Herleitung* der *wesentlichen Behinderung* aus vorliegender bzw. unterstellter *Erheblichkeit* ignoriert die vom Gesetzgeber unter Bezug auf ICF und UN-BRK ausdrücklich formulierte Bedeutung der Wechselwirkung der Faktoren auf der Seite der Person (*Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder -strukturen* oder der *Aktivitäten*) mit den *einstellungs- und umweltbezogenen Kontextfaktoren* und der ausdrücklichen Feststellung der *wesentlichen Beeinträchtigung der Teilhabe*. Im Umkehrschluss würde eine nicht als erheblich anerkannte Beeinträchtigung die Wesentlichkeit der Teilhabebeeinträchtigung von vornherein ausschließen.

§ 2 Abs. 1 SGB IX definiert den Sachverhalt der Behinderung allgemein, und zwar im Sinne des Behinderungsmodells der ICF. Hingegen beschreibt § 99 Abs. 1 SGB IX unter Bezug auf das in § 2 Abs. 1 SGB IX formulierte Verständnis von Behinderung die Voraussetzungen der Berechtigung für den Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe. Im Mittelpunkt der Anspruchsbegründung steht die wesentliche Teilhabebeeinträchtigung. Dabei stellt § 99 Abs. 1 SGB IX den Begriff *wesentliche Behinderung* – in Klammer gesetzt – unmittelbar hinter die Formulierung „... die wesentlich in der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind“. Damit wird der Begriff *wesentliche Behinderung* zu einem zentralen Terminus technicus, der die *wesentliche Beeinträchtigung gleichberechtigter Teilhabe* meint. Er ist zur knappen Bezeichnung derselben geeignet.

Es lässt sich zusammenfassend formulieren:

1. Das Vorliegen einer *Krankheit*, eines *Gesundheitsproblems* – bezeichnet durch eine *diagnostische Kategorie* oder einen geeigneten *Oberbegriff* für mehrere Kategorien – oder das Vorliegen einer oder mehrerer *Beeinträchtigungen* von Körperfunktionen oder -strukturen oder Aktivitäten sind zwar *notwendige Bedingungen*, jedoch keine *hinreichenden Bedingungen* für eine Behinderung im Sinne der ICF. Vielmehr kommt es auf die Auswirkungen der *Wechselwirkungen* mit den Kontextfaktoren und die daraus resultierende Teilhabebeeinträchtigung an.
2. Die *Erheblichkeit* oder *Schwere* einer Krankheit oder einer Beeinträchtigung (von Körperfunktionen oder -strukturen oder Aktivitäten) begründen allein noch nicht die *Wesentlichkeit der Behinderung* im Sinne des SGB IX. Weil es auf die Erheblichkeit nicht ankommt, könnten das Adjektiv *erheblich* und das Substantiv *Erheblichkeit* gänzlich wegfallen.

Wenn die Begriffe *Erheblichkeit* oder *erheblich* wegfielen, entfielen auch

- erstens die Suggestion, allein aus der *Erheblichkeit* auf die *Wesentlichkeit der Teilhabebeeinträchtigung* schließen zu können, und
- zweitens der oft beträchtliche Aufwand, die *Erheblichkeit* festzustellen oder unter mehreren Beteiligten zu konsentieren.

Der Begriff *Erheblichkeit* ist nicht operationalisiert. Das kann auf der Seite der Beurteilerinnen und Beurteiler zu beträchtlichen Unterschieden in der Beurteilung führen, hauptsächlich in Abhängigkeit von individueller Erfahrung, professionspezifischen Betrachtungsweisen oder der jeweiligen Perspektive. In den folgenden Passagen der VOLE-Analyse wird nur noch an wenigen Stellen das Verhältnis von Erheblichkeit und Wesentlichkeit ausdrücklich erörtert, um Redundanzen zu reduzieren.

3. Bei Kombinationen mehrerer einzeln für sich genommen nicht erheblicher Ausprägungen von Krankheiten oder Beeinträchtigungen kann in Wechselwirkung mit den Kontextfaktoren doch eine wesentliche Behinderung bzw. Teilhabebeeinträchtigung entstehen. Demnach ist es unumgänglich, die Wesentlichkeit der Teilhabebeeinträchtigung gesondert festzustellen.

4. Schließlich sei noch zur Diskussion gestellt, ob nicht die Aufzählung von bestimmten Krankheitsbildern oder Beeinträchtigungen von Funktionen und Aktivitäten in der VOLE ausdrücklich mit dem Hinweis beendet werden sollte, dass es sich nicht um eine abschließende Aufzählung handelt. Selbst wenn Krankheitsbilder oder Beeinträchtigungen körperlicher, Sinnes-, geistiger oder seelischer Funktionen vorliegen, muss in einem selbstständigen Schritt die Wesentlichkeit der Teilhabebeeinträchtigung geprüft werden.
5. Die Revisionen der ICD in Vergangenheit und Zukunft im Zuge fortschreitender wissenschaftlicher Erkenntnisse führen bestimmungsgemäß dazu, dass neue diagnostische Kategorien eingefügt¹⁴, vorhandene Kategorien neu geordnet (klassifiziert)¹⁵, vorhandene Kategorien neu bezeichnet oder aufgegliedert sowie manche Phänomene¹⁶ gänzlich aus der Klassifikation herausgelöst werden.
Das bedeutet nicht zwangsläufig, dass es zu insgesamt mehr „Fällen“ mit einer ICD-Diagnose kommt. Viele „Fälle“ erscheinen im Laufe der Zeit mit einer neuen Diagnose¹⁷.

Die erwähnten Veränderungen in den Klassifikationssystemen ziehen selbstverständlich veränderte sowie präziserte diagnostisch-methodische und begriffliche Gepflogenheiten in der gesundheitlichen Versorgung und in der medizinischen Forschung nach sich. Diese wirken sich auch an den Schnittstellen – wie z. B. zur Eingliederungshilfe oder dem Entschädigungsrecht – aus und müssen beachtet werden. Dem kann nicht mit der Festschreibung eines fachlich überholten begrifflichen oder diagnostisch-kategorialen Repertoires begegnet werden.

Zur Bezugnahme auf Konzept und Begrifflichkeit der ICF

Die Absicht, den Gleichlauf mit der deutschen Übersetzung der UN-BRK zu gewährleisten, sowie die Bezugnahme auf die ICF werden namentlich im § 1 VOLE, aber auch im übrigen Text der VOLE wiederholt ausdrücklich hervorgehoben. So wird in der Begründung redaktioneller Änderungen bei § 2 Nr. 3, 4 und 5 VOLE gegenüber der EinglHV 2019 ausdrücklich auf die ICF Bezug genommen. **Unter Bezug auf diese wiederholten Feststellungen muss eine durchgängig konsistente Orientierung der VOLE an der ICF erwartet werden – sowohl in konzeptioneller als auch in begrifflicher (nomenklatorischer) Hinsicht.**

Der **konzeptionelle Kern** der ICF besteht im **bio-psycho-sozialen Modell von Behinderung**. Diesem Modell zufolge entsteht eine *Behinderung* in Wechselwirkung der Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und -strukturen oder Aktivitäten der jeweiligen Person mit den Kontextfaktoren. Hierbei können nicht nur Wechselwirkungen mit negativ wirksamen Kontextfaktoren (Barrieren), sondern auch mit positiv wirksamen Kontextfaktoren (Förderfaktoren) abgebildet werden¹⁸.

¹⁴ Beispiel: Seit der ICD-10 gibt es die diagnostische Kategorie Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), die ICD-11 wird weitere Veränderungen bringen.

¹⁵ Beispiel: Die ICD-11 hat die Kategorie Katatonie aus den Schizophrenien herausgelöst und verselbstständigt.

¹⁶ Beispiel: Seit der ICD-10 gibt es Homosexualität nicht mehr als nosologische Entität.

¹⁷ So werden Patientinnen und Patienten, die heute sach- und fachgerecht die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) erhalten, früher beispielsweise die Diagnosen Angstneurose (ICD-9: 300.0) oder psychogene Reaktion (ICD-9: 309) erhalten haben.

¹⁸ Zur Einführung in die ICF können neben den verschiedenen Print- und online-Versionen der ICF dienen: Schuntermann (2022), Seidel (2005).

Die ICF verfolgt zudem eine **nomenklatorische Intention**¹⁹. Die ICF bietet zur Beschreibung aller relevanten Aspekte eine einheitliche, gleichsam *standardisierte Begrifflichkeit* an. Damit sollen die Kommunikation zwischen beteiligten Systemen, Berufsgruppen usw. erleichtert und die Gefahr von Missverständnissen durch unterschiedliche Begriffe, Begriffsbedeutungen und -verständnisse verringert werden.

Negative Ausprägungen eines Aspektes (z. B. einer Aktivität oder der Teilhabe) werden in der ICF regelmäßig mit dem Substantiv *Beeinträchtigung*²⁰ oder mit dem Adjektiv *beeinträchtigt* gekennzeichnet, nicht hingegen mit Begriffen wie Einschränkung, Beschränkung²¹ usw. Dies ist zu beachten, wenn man die Orientierung an der ICF beabsichtigt, selbst wenn daraus eine durchaus gewöhnungsbedürftige sprachliche Einförmigkeit – eine typische Eigenheit von Klassifikationssystemen – resultiert.

Begründungen oder Erläuterungen

Grundsätzlich ist anzumerken: Bei den *Begründungen* zu den § 1-4 VOLE handelt es sich durchgängig nicht um *Begründungen* wörtlichen Sinn, sondern um vertiefende *Erläuterungen, Präzisierungen* und *Konkretisierungen*.

3.2.2 Zu § 1 VOLE

Das in der Begründung zu § 1 Abs. 2 VOLE betonte Ziel, den Gleichlauf mit den in der deutschsprachigen Übersetzung der UN-BRK und in § 2 Abs. 1 SGB IX verwendeten Begrifflichkeiten zu erreichen, wird durch die vorgeschlagenen Oberbegriffe für die §§ 2-4 VOLE *nicht* erreicht. Sowohl die amtliche deutschsprachige UN-BRK-Übersetzung als auch der § 2 Abs. 1 SGB IX verwenden den Begriff *Beeinträchtigung*, *nicht* hingegen den der *Behinderung*.

Wie der vierte Absatz der Begründung richtig darstellt, ergibt sich die wesentliche Einschränkung²² der gleichberechtigten Teilhabe auf der Grundlage des bio-psychosozialen Modell von Behinderung der ICF aus der Wechselwirkung der Beeinträchtigung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren.

Die konzeptionelle Prämisse, dass sich Behinderung nicht unmittelbar aus Art oder Ausmaß einer Beeinträchtigung (Erheblichkeit) ergibt, sondern in der Wechselwirkung individuell vorliegender Beeinträchtigungen von körperlichen Funktionen und Strukturen oder Aktivitäten mit den negativ wirkenden Kontextfaktoren (Barrieren) entsteht, wird in den §§ 2-4 VOLE nicht konsequent umgesetzt. Viele Formulierungen laufen darauf hinaus, die Wesentlichkeit der Teilhabeeinschränkung unmittelbar aus der Erheblichkeit der Beeinträchtigung oder des Gesundheitsproblems herzuleiten.

Die in den §§ 2-4 VOLE gewählten Begriffskombinationen (*wesentliche körperliche oder Sinnesbehinderungen*, (*wesentliche*) *geistige* oder (*wesentliche*) *seelische Behinderungen*) im Kontext der Konkretisierung sind veraltet. Die UN-BRK verwendet die Begriffe *körperliche*, *Sinnes-*, *geistige*

¹⁹ So heißt es: „Sie stellt eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung des Gesundheitszustandes und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände zur Verfügung, um die Kommunikation zwischen verschiedenen Benutzern...zu verbessern.“ Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 6.

²⁰ Man könnte bei sehr strenger Orientierung an der ICF noch geltend machen, dass Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und -strukturen in der ICF sogar als *Schädigung* bezeichnet werden sollen.

²¹ Diese sehr häufige Verwendung von Begriffen wie Einschränkung, Beschränkung und dergleichen im VOLE-Text wird im Interesse der Lesbarkeit nicht jedes Mal ausdrücklich kritisch angemerkt.

²² Besser wegen ICF-Konformität wäre der Begriff *Beeinträchtigung*.

oder seelische Beeinträchtigungen. Bei konzeptioneller und begrifflicher Orientierung an ICF und UN-BRK kann es keine „körperliche Behinderung“ oder „Körperbehinderung“, geben²³.

Man kann insbesondere nicht den **Begriff der wesentlichen Behinderung ohne grundlegende Veränderung seines Bedeutungsgehalts durch Adjektive wie „geistig“, „seelisch“ usw. ergänzen oder differenzieren wollen** – auch wenn das einem herkömmlichen, aber mittlerweile strenggenommen obsoleten Sprachgebrauch entspricht.

Um im Sinne des beabsichtigten Gleichlaufs eng an den Begrifflichkeiten der UN-BRK zu bleiben und dem bio-psycho-sozialen Behinderungsmodell der ICF im Sozialgesetzbuch zu entsprechen, sollten die Überschriften der §§ 2-4 VOLE besser lauten:

- **§ 2 Wesentliche Teilhabebeeinträchtigungen auf der Grundlage von körperlichen und Sinnesbeeinträchtigungen**
- **§ 3 Wesentliche Teilhabebeeinträchtigungen auf der Grundlage von geistigen (besser: intellektuellen²⁴) Beeinträchtigungen**
- **§ 4 Wesentliche Teilhabebeeinträchtigungen auf der Grundlage von seelischen Beeinträchtigungen**

Unter diesen Überschriften können die in Betracht kommenden Beeinträchtigungen und/oder Krankheiten bzw. Gesundheitsprobleme im Sinne der notwendigen Bedingungen (s. o.) dargestellt werden. Es sollte in den Überschriften auf das Merkmal *Erheblichkeit* verzichtet werden.

Die in der VOLE in Anlehnung an die Gliederung der EinglHV 2019 gewählte Aufteilung in die drei Gruppen von Beeinträchtigungen ist nicht grundsätzlich zu beanstanden – obwohl ihre Erforderlichkeit nicht zwingend erscheint. Die gewählte Aufteilung lehnt sich begrifflich an Artikel 2 UN-BRK an, der allerdings vier gruppenbildende Begriffe verwendet: *körperliche, Sinnes-, geistige und seelische Beeinträchtigungen*. Doch das Problem, dass bislang keine *praktikable* Operationalisierung von *wesentlicher Behinderung* zur Anwendung auf konkrete Fallkonstellationen vorliegt, ist damit nicht gelöst.

Zutreffend ist die Feststellung, dass Personen in der *Kombination* mehrerer Beeinträchtigungen in Wechselwirkung mit den Barrieren als *wesentlich behindert* angesehen werden können. Dabei resultiert die wesentliche Behinderung nicht bloß aus einem additiven Effekt der kombinierten Beeinträchtigungen, sondern auch aus der Wechselwirkung der Beeinträchtigungen untereinander und in Wechselwirkung mit den einstellungs- und umweltbedingten Barrieren.

Die Aussage im letzten Absatz der Begründung, zur Prüfung der Leistungsberechtigung seien *einschlägige Disziplinen* heranzuziehen, sollte zweckmäßigerweise dahingehend präzisiert werden, dass in die Prüfung der Leistungsberechtigung *zeitnah erhobene Befunde* und *zeitnah gegebene Auskünfte und Informationen durch einschlägige Disziplinen* einzubeziehen sind. Dieser Vorschlag wirkt dem Missverständnis entgegen, es werde unmittelbare Mitwirkung verlangt.²⁵

²³ Es ist einzuräumen, dass diese Begriffe noch vielfach im Umlauf sind. Dies ist Ausdruck von Gewohnheiten und nicht zuletzt eines noch immer wirkmächtigen Verständnisses von Behinderung gemäß dem überholten medizinischen oder individuellen Behinderungsmodell, demzufolge Behinderung eine unmittelbare Personeneigenschaft sei.

²⁴ Die alternative Verwendung des Adjektivs *intellektuell* wäre näher an den Begriffen der Körperfunktionen in der ICF. Der Begriff *geistig* wird doch immer wieder die „geistige Behinderung“ assoziieren lassen.

²⁵ Nicht geklärt ist mit dieser Feststellung die Zuständigkeit und Kostenverantwortlichkeit für Untersuchungen usw., wenn diese eigens zum Zweck der Prüfung der Leistungsberechtigung erforderlich werden.

Im Hinblick auf heranzuziehende *ärztliche Informationen und Auskünfte* sollte klargestellt werden, dass

- 1) erstens die vollständigen begründenden *medizinischen ICD-Diagnosen*²⁶ und
- 2) zweitens möglichst auch die Auswirkungen des durch die Diagnosen bezeichneten Gesundheitszustandes auf *Körperfunktionen bzw. -strukturen* und *Aktivitäten* angegeben werden sollen.²⁷

Der im letzten Absatz der Begründung gegebene Hinweis auf die unterschiedlichen Anforderungen für die Feststellung der Leistungsberechtigung und für die Leistungsermittlung ist unbedingt zweckmäßig.

3.2.3 Zu § 2 VOLE Beeinträchtigungen der körperlichen oder Sinnesfunktionen

Die Überschrift des § 2 VOLE *Beeinträchtigungen der körperlichen Funktionen und Strukturen einschließlich der Sinnesfunktionen* ist – siehe die Ausführungen zu § 1 VOLE unter 3.2.2 – geeignet.

Allerdings sollte man sich darüber im Klaren sein, dass die *mentalen Funktionen*²⁸, die in der ICF die *Funktionen der Intelligenz* (ICF: b117) einschließen, in der ICF zu den *Körperfunktionen* gehören. In der VOLE, werden die intellektuellen Funktionen durch § 3 VOLE (und die übrigen mentalen Funktionen durch § 4 VOLE) aus diesem Kontext herausgelöst.

Wie weiter oben bereits dargelegt, ist die Passage „*im Sinne einer wesentlichen körperlichen oder Sinnesbehinderung*“ im einleitenden Satz konzeptionell nicht vereinbar mit Art. 2 UN-BRK, § 2 Abs. 1, Satz 1 und 2 SGB IX und mit der ICF.

Die **Nummern 1 bis 6** von § 2 VOLE bestimmen die verschiedenen Formen körperlicher und Sinnesbeeinträchtigungen. Sie sind im Folgenden einzeln aus medizinischer Sicht zu analysieren. Grundlegender Maßstab der Beurteilung ist, dass es auf Schwere, Ausprägungsgrad (und darauf bezogene Bemühungen der Operationalisierung) nicht ankommt, hingegen auf die Feststellung der *Wesentlichkeit der Teilhabebeeinträchtigung* im konkreten Fall.²⁹

Nummer 1 verlangt, dass die Bewegungsfähigkeit durch eine Beeinträchtigung des Stütz- oder Bewegungssystems in *erheblichem Umfange* eingeschränkt ist. Der Begriff der *Bewegungsfähigkeit* nimmt Anleihe beim veralteten Begriff der *Fähigkeitsstörung*³⁰ der ICIDH (Matthesius et al. 1995, WHO 1980). Es wäre ausreichend und korrekt, von der *Beeinträchtigung* des Bewegungs- und Stützsystems zu sprechen. Die Begriffe *erheblich* oder *erhebliche Einschränkung* sind hier weder operationalisiert noch erforderlich.

²⁶ Derzeit sind die Diagnosen nach ICD-10, später, nach amtlicher Einführung die Diagnosen nach ICD-11.

Außerdem bietet die ICD-11 im Abschnitt V ergänzende Möglichkeiten für die Einschätzung der Funktionsfähigkeit. Das ermöglicht die Erstellung von Funktionsprofilen und Gesamtfunktionswerten von Personen, die den Grad der Funktionsfähigkeit im Zusammenhang mit einer Gesundheitsstörung beschreiben können. Als Leitfaden für die Funktionsbewertung gibt es zwei von der WHO entwickelte ICF-basierte Instrumente (WHO Disability Assessment Schedule, WHODAS 2.0; Model Disability Survey, MDS). Zudem enthält der Abschnitt eine Zusammenstellung von aus der ICF abgeleiteten Funktionskategorien.

²⁷ Einschätzungen der Auswirkungen auf die Teilhabe sind keine ärztliche Aufgabe, zumal sie auch keine diagnostische Bedeutung besitzen.

²⁸ ICF: Körperfunktionen, Kapitel 1: Mentale Funktionen.

²⁹ Diese Auffassung wird nicht grundsätzlich infrage gestellt durch Krankheitsbilder, bei denen die Erfahrung lehrt, dass immer eine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung vorliegt. Diese sind im Hinblick auf die Notwendigkeit des systematischen Vorgehens, die wesentliche Teilhabebeeinträchtigung ausdrücklich festzustellen, gewissermaßen Sonderfälle.

³⁰ Mit dem Begriff *Fähigkeitsstörung* wurde in der deutschsprachigen Fassung der ICIDH (Matthesius et al. 1995) – der Vorläuferin der ICF

– der englischsprachige Begriff *Disabilities* übersetzt).

Nummer 2 bezieht sich auf *erhebliche Spaltbildungen des Gesichts oder des Rumpfes oder sonstige Beeinträchtigungen des äußeren Erscheinungsbildes, vor allem des Gesichtes, die sich erheblich auf interpersonelle Interaktionen und Beziehungen auswirken können*. Im Hinblick auf diagnostische Kategorien der ICD-10 bzw. Krankheitsbilder kommen beispielsweise Lippenspalten (ICD-10: Q36), Schädel- oder Gesichtsschädel-Fehlbildungen (ICD-10: Q75) oder Spina bifida (ICD-10: Q05) in Betracht.

In dieser Gruppe von Beeinträchtigungen der Körperstrukturen wird immerhin auf die erheblich beeinträchtigte Interaktion mit der Umwelt als Folge der Fehlbildung abgehoben. Trotzdem kommt es auch hier auf die konkrete, auf das einzelne Individuum bezogene Analyse der Wechselwirkungen mit der konkreten Umwelt an, nicht nur auf das erhebliche *Ausmaß* einer körperlichen Fehlbildung.

Nummer 3 nimmt Bezug auf Beeinträchtigungen der *körperlichen Leistungsfähigkeit*³¹, die erheblich eingeschränkt ist *infolge der Beeinträchtigung der Funktion oder Struktur oder Funktion eines inneren Organs oder der Haut in erheblichem Umfang*.

Die in Betracht kommenden Krankheitsbilder wären z. B. eine schwere Herzinsuffizienz (ICD-10: I50) oder eine Sklerodermie (exzessive Verhärtung der Haut) (ICD-10: L94).

Nummer 4 betrifft Personen, die *blind sind* oder *sonstige erhebliche Beeinträchtigungen der Sehfunktionen und verwandter Funktionen* haben. Die – entbehrlichen – Kriterien der Erheblichkeit werden in Nummer 4a operationalisiert.³²

Für die *sonstigen Beeinträchtigungen der Sehfunktionen* fordert die Begründung, dass sie die in Nummer 4a und 4 b normierten Voraussetzungen erfüllen müssen. Zu den Beeinträchtigungen der *verwandten Funktionen* könnten als Beispiel der *Blepharospasmus* (Lidkrampf) (ICD-10: G24.5), der bei schwerster Ausprägung funktionelle Blindheit bewirken kann, oder Störungen der Augenmuskeln aus nervaler oder muskulärer Ursache dienen.

Um es an dieser Stelle erneut zu verdeutlichen: Die Anführung konkreter Beispiele ist hilfreich. Sie sollten aber nicht abschließend formuliert sein.

Es wird in der Begründung neben den Herabsetzungen der *Sehschärfe* (Visus) zutreffend die Störungen des *Gesichtsfeldes* erwähnt. Es sollte jedoch unbedingt das dem nahestehende Störungsbild *Neglect*³³ hinzugefügt werden.

Nummer 5 bezieht sich auf Personen, die gehörlos sind oder deren Hörfunktion derart beeinträchtigt ist, dass sie für die Kommunikation auf Hörhilfen, auf Gebärdensprache, lautsprachbegleitende Gebärden und andere geeignete Kommunikationshilfen angewiesen sind. Die Erweiterung der kasuistischen Aufzählung gegenüber EinglHV 2019 ist zu begrüßen. Es fehlen allerdings die *Entwicklungsstörung der rezeptiven Sprache* (ICD-10: F80.2) und vergleichbare Störungsbilder.

³¹ Offenkundig ist hier nicht die *Leistungsfähigkeit* im Sinne der ICF gemeint. Dieser Begriff beschreibt in der ICF das höchstmögliche Leistungsniveau, das ein Mensch zu einem bestimmten Zeitpunkt und unter optimalen Umweltbedingungen, z. B. in einem Untersuchungssetting, erreichen kann.

³² Fraglich ist, ob es sinnvoll angesichts der anstehenden Überarbeitung sinnvoll ist, explizit auf die jeweils gültige Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung zu verweisen.

³³ Neglect: Schwerwiegendes Symptom einer Hirnläsion aus verschiedener Ursache. Sie ist dadurch charakterisiert, dass die betroffene Person eine Seite der eignen Umgebung bzw. des eigenen Körpers nicht oder nur schlecht visuell wahrnimmt, obwohl das Gesichtsfeld nicht beeinträchtigt sein muss. Dies kann zu schweren Verletzungen, Unfällen usw. führen.

Nummer 6: Die gegenüber EinglHV 2019 erweiterten Inhalte beziehen sich auf Personen, die *nicht sprechen können, erhebliche Beeinträchtigungen der Sprech-, Sprach- oder Stimmfunktionen sowie Beeinträchtigungen des Sprachverständnisses* haben. Die Operationalisierung der Erheblichkeit der Beeinträchtigung der Körperfunktionen ist praktikabel – aber nicht erforderlich –, indem sie an die Feststellung gebunden ist, dass eine Verständigung mit nicht vertrauten Personen kaum möglich ist.

Veraltete Begriffe wie *Seelentaubheit* oder *Hörstummheit* sollten entfallen, stattdessen sollte die umfassendere Kategorie *Störungen der auditiven Verarbeitung (auditive Agnosien, kortikale Taubheit usw.)*³⁴ eingefügt werden.

Für *Sprachentwicklungsverzögerungen* verschiedener Ursache bietet sich die ICD-Kategorie *Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache* (ICD-10: F80.0 bis F80.9) an.

Die **Nummern 5 und 6** kommen mit der Bezugnahme auf die interpersonelle Interaktion und Kommunikation dem Verständnis einer *wesentlichen Behinderung* am nächsten.

3.2.4 Zu § 3 Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen

3.2.4.1 Grundsätzliches zu § 3 VOLE

Die Überschrift von § 3 VOLE sollte unter Bezug auf die unter 3.2.2 gegebene Begründung (in Analogie zum Vorschlag zu § 2 VOLE) umformuliert werden: *Wesentliche Teilhabebeeinträchtigungen auf der Grundlage geistiger (oder besser: intellektueller) Beeinträchtigungen.*

Wie im Abschnitt 2.2.1.2 ausführlich dargelegt wurde, hatte der Ordnungsgeber in keiner Fassung der EinglHV einen IQ-Grenzwert benannt oder eine Einengung auf eine bestimmte diagnostische Kategorie der ICD vorgenommen. Vor dem Hintergrund dieses Sachverhaltes sollen die drei Alternativen des § 3 VOLE analysiert und bewertet werden.

Im Vorgriff auf die spätere Zusammenfassung der Bewertung der Alternativen I bis III könnte pauschal und ohne weitere Differenzierung festgestellt werden, dass alle drei Alternativen den leistungsberechtigten Personenkreis gegenüber der EinglHV 2019 reduzieren. Ungeachtet dessen verdienen die Alternativen I bis III eine sorgfältige Erörterung.

Alle drei Varianten I-III des § 3 VOLE teilen die Bezugnahme des Begründungstextes auf drei diagnostische Kriterien, die sich an dem *Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-5)* orientieren. Gegen diese explizite Bezugnahme des Begründungstextes auf die diagnostischen Kriterien der deutschsprachigen Fassung des DSM-5 (Falkai et al. 2015) sind Einwände grundsätzlicher und praktischer Art geltend zu machen:

Für die Anwendung im deutschen Gesundheitswesen ist ausschließlich die ICD der WHO in der jeweils amtlich in Kraft gesetzten Version verbindlich³⁵. Derzeit und für rund 5 bis 10 weitere Jahre ist das die ICD-10³⁶. Die Nachfolgeversion ICD-11 wurde von der WHO bereits im Jahre 2019 auf der

³⁴ Siehe Engelen 2002, Engelen 2012.

³⁵ Dem widerspricht nicht die Tatsache, dass für die ICD-10 der WHO zur Anwendung im Gesundheitswesen Deutschlands u. a. aus Praktikabilitätsgründen eine *German Modification* (ICD-10-GM) eingeführt wurde.

³⁶ Diese Angaben beruhen auf einer persönlich im Oktober 2012 im BfArM eingeholten Auskunft und einer öffentlichen Information durch einen Vertreter des BfArM im Rahmen des Kongresses der DGPPN im November 2022 in Berlin.

internationalen Ebene durch das zuständige WHO-Gremium verabschiedet. Die ICD-11 ist seit langem vollständig in englischer Sprache auf der Website der WHO zugänglich³⁷. Zudem findet sich auf der Website des *Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)* eine noch unvollständige und vorläufige Entwurfsfassung der deutschsprachigen Übersetzung³⁸.

Das DSM-System ist im deutschen Gesundheitswesen nicht verbindlich, auch wenn es aus hier nicht näher zu erörternden Gründen im Forschungskontext in Deutschland wie international oft verwendet wird. Es ist weder allgemein bekannt noch allgemein in Gebrauch.

Das DSM-5 künftig für bestimmte offizielle Zwecke zu nutzen, würde mit der verpflichtenden Anwendung der ICD-11 nach amtlicher Inkraftsetzung für die Morbiditätsstatistik in Konflikt geraten. Die Nutzung des DSM-Systems wäre ebenso wenig praktikabel wie ein langfristiges Festhalten an der in den nächsten Jahren abgelösten ICD-10. Die zukünftige Umstellung des deutschen Gesundheitswesens auf die ICD-11 wird erheblichen Aufwand insbesondere im Hinblick auf die IT-basierten Dokumentationen und administrativen Abläufe mit sich bringen. Es ist nicht vorstellbar, später, nach amtlicher Einführung der ICD-11, noch auf ICD-10 oder DSM-5-Kategorien und -Codierungen zurückgreifen zu wollen, wenn aktuelle medizinische Befunde und Diagnosen herangezogen werden müssen.

Auf die praktischen Aspekte, dass man von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nicht ohne Weiteres DSM-5-basierte Auskünfte bekommen würde, wurde in den Validierungsworkshops mehrfach hingewiesen (vgl. 3.3.2.2).

3.2.4.2 Zu § 3 Alternative I (Verordnungstext und Begründungstext)

Folgende Aspekte sind kritisch hervorzuheben:

1. Der Verordnungs- und der Begründungstext für § 3 VOLE Variante I sind kompliziert formuliert, schwer zu verstehen und werden überdies den fachlichen Anforderungen nicht gerecht. Das wird zu Missverständnissen und Auslegungsproblemen in der Praxis führen. Der Sachverhalt der Erheblichkeit der Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionen wird u. a. an die Voraussetzung geknüpft, dass sie mit *erheblichen Einschränkungen der Anpassungsfähigkeit verbunden* sind. Damit wird *ein* diagnostisches Kriterium zur Voraussetzung eines *anderen* diagnostischen Kriteriums gemacht.³⁹
2. Der Begründungstext *begründet* den Verordnungstext zu § 3 VOLE Variante I nicht, sondern er präzisiert in „Orientierung“ an der deutschsprachigen Übersetzung des DSM-5 die diagnostischen Anforderungen an die Voraussetzungen zur Anwendung des § 3 VOLE im Vergleich zur EinglHV im Sinne einer Verengung, wie zu zeigen ist.
3. Personen, die die Kriterien der *Intelligenzminderung (ICD-10)*, der *Intellektuelle Beeinträchtigung (DSM-5)* oder der Störung der Intelligenzentwicklung (ICD-11, vorläufige deutschsprachige Entwurfsfassung) erfüllen, sind selbstverständlich heute dem § 2 EinglHV

³⁷ Online verfügbar: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (letzter Zugriff 28.8.2023).

Die WHO beabsichtigt nicht, eine Druckfassung der ICD-11 zu publizieren. Dass es eine offizielle deutschsprachige Druckfassung geben wird, ist bisher nicht bekannt.

³⁸ Online verfügbar: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html (letzter Zugriff 21.11.2023).

³⁹ Diese Verknüpfung von Beeinträchtigungen der Intelligenz und Beeinträchtigungen der Anpassungsfähigkeit wird allerdings bei den diagnostischen Kategorien Intelligenzminderung (ICD-10) und Intellektuelle Beeinträchtigung (DSM-5) vorgenommen.

zuzuordnen.

4. Es wird der Begriff der *geistigen Behinderung*, kombiniert mit dem Adjektiv *wesentlich*, in den Mittelpunkt sowohl von Verordnungstext als auch Begründungstext gestellt. Zu § 1 VOLE wurde bereits ausführlich begründet, dass es nicht ICF-kompatibel ist, den Begriff *Behinderung* mit Adjektiven wie *körperlich*, *seelisch* oder *geistig* begrifflich zu verknüpfen.
5. Im Verordnungstext zu § 3 VOLE und im Begründungstext zur Alternative I liegt der besonders heikle Aspekt der Verwendung des traditionellen Begriffs *geistige Behinderung*, weil er in der Eingliederungshilfe, im Gesundheitswesen usw. oft als Synonym für die durch die deutschsprachige Fassung der ICD-10 verbindlich eingeführte diagnostisch-klassifikatorische Kategorie *Intelligenzminderung* (ICD-10: F7) (Übersetzung für *Mental Retardation* in der englischsprachigen Fassung) verwendet wird⁴⁰. Das wird begünstigt durch den Umstand, dass auch die deutschsprachige Fassung des DSM-IV (Saß et al. 1996) den Begriff *Geistige Behinderung* als Übersetzung für *Mental Retardation* verwendet.
6. Mit dieser *Begriffskonfusion* werden erstens die diagnostische ICD-10-Kategorie *Intelligenzminderung* bzw. die DSM-5-Kategorie *Intellektuelle Beeinträchtigung* und zweitens deren wesentliche *diagnostische Kriterien* zum Maßstab dessen, was § 3 VOLE unter denjenigen Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen, die zu einer wesentlichen Teilhabebeeinträchtigung führen, versteht.

Die diagnostischen Kriterien führt der Begründungstext aller drei Varianten I bis III. Es handelt sich um Kriterien der diagnostischen Kategorie *Intellektuelle Beeinträchtigung*⁴¹ aus der deutschsprachigen Übersetzung des DSM-5 (Falkai et al. 2015).

7. Gemäß ICD-10 liegt der IQ für *Intelligenzminderung* unter 70, genauer 70 +/- 5. Es wird im Begründungstext nicht darauf aufmerksam gemacht, dass im DSM-5 der IQ-Grenzwert auf 70 +/- 5 angehoben wurde. Dies nimmt Rücksicht auf einen testbezogenen Messfehler; allerdings kann dieser Messfehler von 5 Punkten bei anderen Tests anders ausfallen⁴².

Dieser Hinweis wäre wichtig, weil in der Praxis manchmal bereits aufgrund des Punktwertes des IQ – oft unabhängig von Alter und Qualität des IQ-Befundes – über das Zutreffen der diagnostischen Voraussetzungen entschieden wird.

8. Verordnungs- (und Begründungs-)Text zu § 3 VOLE Alternative I führen eine weitere substanzielle Einengung der diagnostischen Kriterien für die Anwendung der Diagnose Intelligenzminderung ein, nämlich die Entstehung in der *frühen Entwicklungsphase*. Diese Formulierung aus der deutschsprachigen Übersetzung des DSM-5 (Falkai et al., S. 43) weicht von der englischsprachigen Textfassung des DSM-5⁴³ ab. Bei Anwendung dieses Kriteriums würden alle Personen, bei denen sich das Störungsbild erst nach der *frühen* Entwicklungsphase – die auch nicht näher bestimmt ist – herausgebildet hat, selbst noch aus der Gruppe der Personen mit

⁴⁰ In der ICD-10 wird der Begriff *Geistige Behinderung* zu den zur „amtlichen“ Kategorie Intelligenzminderung „dazugehörenden Begriffen“ gezählt. Das heißt unter Bezug auf die strenge terminologische Verbindlichkeit der ICD nicht, dass diese Begriffe wahlweise oder ersatzweise verwendet werden könnten. Es meint vielmehr, dass solche teils historisch tradierten Begriffe sich in etwa auf den gleichen gemeinten Sachverhalt beziehen.

⁴¹ Die diagnostische Kategorie *Intellektuelle Beeinträchtigung* des DSM-5 ist die Übersetzung der englischsprachigen diagnostischen Kategorie *Intellectual Disability (Intellectual Developmental disorder)* (American Psychiatric Association 2013).

⁴² Schon im DSM-IV war dieser Hinweis gegeben worden (Saß et al. 1996, S. 73).

⁴³ Dort heißt es nämlich: „Intellectual disability ... is a disorder with onset during the developmental period (...)“ (American Psychiatric Association 2013, S. 33).

der Diagnose Intelligenzminderung gemäß ICD-10 ausgegrenzt, selbst wenn sie die übrigen Kriterien (IQ < 70 oder der beeinträchtigten Anpassungsfähigkeit) erfüllen würden.

9. Laut Begründungstext zu § 3 VOLE Variante I sollen die Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen durch individualisierte, standardisierte Verfahren zur testpsychologischen Überprüfung von Intelligenzminderung erfasst werden. Hingegen werden die auch im DSM-5 wiederholt als bedeutsam erwähnten klinischen Beurteilungen nicht erwähnt. Im zweiten Absatz des 3. Punktes der Begründung wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass zur Erfassung der „*Wesentlichkeit*“ der Behinderung nach § 3 neben Verfahren zur testpsychologischen Überprüfung von Intelligenzminderung (Intelligenztests) auch andere Erfassungsinstrumente genutzt und deren Befunde in den Gesamtzusammenhang gestellt werden sollen. Die Nutzung anderer Erfassungsinstrumente sei insbesondere relevant, wenn die testpsychologische Überprüfung schwierig oder unmöglich ist.

Dass hier erneut zum Begriff *Intelligenzminderung*, einer definierten diagnostischen Kategorie, hingeführt wird, weist wieder auf diese Kategorie als Bezugspunkt hin. Vor allem enthalten diese Ausführungen zwei grundsätzliche Mängel: Erstens kann man mit Testdiagnostik grundsätzlich nicht die *Wesentlichkeit der Behinderung* oder die *Wesentlichkeit der Teilhabebeeinträchtigung* erfassen, weil die Wechselwirkung mit den Kontextfaktoren unberücksichtigt bleibt. Zweitens missachtet diese zitierte Passage die Forderung, dass gemäß ICD und DSM zur Beurteilung der intellektuellen Funktionen umfassende Informationen einzuholen sind – nicht nur durch Verfahren und Instrumente, sondern auch durch die klinische Beobachtung.

Diese vorgeschlagene Reduzierung der Kriterien verstößt nicht nur gegen anerkannte Regeln, sondern ist angesichts der methodischen und anwendungspraktischen Probleme von Intelligenztests im Allgemeinen und bei Menschen mit Beeinträchtigungen intellektueller Funktionen im Besonderen nicht banal (s. u.).

10. Seit langem steht die Bedeutung des Intelligenzquotienten im vorliegenden Zusammenhang in der Diskussion, auch auf internationaler Ebene. Vor seiner Überbewertung im Kontext der Intelligenzminderung und verwandter Kategorien wird gewarnt, auch im Rahmen der ICD-Klassifikation: „Die Beurteilung des intellektuellen Niveaus sollte auf allen verfügbaren Informationen beruhen einschließlich dem klinischen Eindruck, der Anpassungsfähigkeit und der Testergebnisse. Die angegebenen IQ-Niveaus basieren auf einem Test mit einem Mittelwert von 100 und einer Standardabweichung von 15, wie sie für die Wechsler-Skalen gültig sind. Sie sollten nur als Anhaltspunkte dienen und nicht rigide angewendet werden.“ (Degkwitz et al. 1980, S. 89f). In der ICD-10 wird gleichsinnig ausgeführt: „Die angegebenen IQ-Werte sind als Richtlinien gemeint und sollten [...] nicht zu starr angewendet werden.“ (Dilling et al. 1991, S. 239)
11. Neben den methodischen Aspekten sind praktische Aspekte erwähnenswert: Unterschiedliche Intelligenztests führen zu unterschiedlichen IQ-Werten. Für die Bewertung des Testergebnisses spielen neben der Durchführung- und Interpretationskompetenz der testdurchführenden Person auch äußere Rahmenbedingungen der Untersuchung, die Motivation der getesteten Person, die „Tagesform“ der untersuchten Person usw. eine Rolle.
12. Aus der Praxis ist bekannt, dass mit den Anträgen beim Eingliederungshilfeträger oft ältere, vor längerer Zeit erhobene und interpretierte IQ-Testergebnisse vorgelegt werden, die erstens zwischenzeitlich überholt sein können, und zweitens in der Regel für gänzlich andere Zwecke angefertigt wurden. Die Behörden selbst werden in der Regel nicht über Kapazitäten und Kompetenz verfügen, selbst aktuelle Befunde der Intelligenzdiagnostik zu erheben. Aktuelle

Befunderhebungen durch Dritte für die Prüfung der Leistungsberechtigung wären überdies wohl zumeist aufwändig zu organisieren und kostenpflichtig.

Nicht nachzuvollziehen ist, warum der Begründungstext zu § 3 VOLE Alternative I zusätzlich zu den drei diagnostischen Kriterien der Intellektuellen Beeinträchtigung noch ausgiebig weitere Merkmale aus dem DSM-5-Abschnitt *Diagnostische Merkmale* hinzufügt. Deren Verwendung stellt vermutlich für die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter, sofern sie selbst keine psychologisch-diagnostischen Kompetenzen haben, mehr Herausforderung als Hilfestellung dar.

Zusammenfassung

Die Formulierungen der Variante I zu § 3 VOLE **grenzen einen beträchtlichen Anteil des bisher von § 2 EinglHV erfassten Personenkreises aus, weil die Textfassung auf die Anwendung der Kriterien der diagnostischen Kategorie Intelligenzminderung (ICD-10) bzw. Intellektueller Beeinträchtigung (DSM-5) hinausläuft**. Der quantitative Umfang dieses ausgegrenzten Anteils hängt maßgeblich davon ab, wie § 2 EinglHV bisher jeweils ausgelegt wurde. Auf die unterschiedlichen Auslegungs- und Anwendungspraktiken wurde bereits hingewiesen.

3.2.4.3 Zu § 3 Alternative II (nur Begründungstext)

Der medizinische Kommentar zum Verordnungstext von Alternative II entspricht dem Kommentar zum Verordnungstext von Variante I. Zum von der Alternative I abweichenden Begründungstext ist festzustellen:

1. Der Kommentar zum textidentischen Teil der Begründung der Variante I trifft vollumfänglich auf die Begründung zu Variante II zu.
2. Das gegenüber § VOLE Variante I hier eingefügte Statement, dass bei einer Lernbehinderung – „*IQ oberhalb von 70 (ICD 10) oder 75 (DSM IV)*“ – eine „*wesentliche Beeinträchtigung der Teilhabe [...] in der Regel nicht bedingt*“ sei, knüpft die Wesentlichkeit der Teilhabebeeinträchtigung an die Erheblichkeit bzw. Nichterheblichkeit einer Beeinträchtigung mentaler Funktionen an; sie folgt damit dem obsoleten medizinischen Modell von Behinderung. Vor allem legt dieses Statement schon vor der Prüfung der wesentlichen Teilhabebeeinträchtigung eine Ablehnung nahe.
3. Allein aus der vermeintlichen Geringfügigkeit der intellektuellen Beeinträchtigung zu präjudizieren, dass in der Regel keine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung vorliege, ist fachlich nicht berechtigt. Auch bei Personen mit einem IQ zwischen 70 und 85 (in Deutschland üblicherweise irreführend als Lernbehinderung, in der internationalen Literatur zumeist als Borderline Intellectual Functioning bezeichnet (BIF)) kann in Wechselwirkung der beeinträchtigten intellektuellen Funktionen mit einstellungs- und Umweltfaktoren eine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung vorliegen.⁴⁴
4. Die Aussage zum Inhalt des Begriffs Lernbehinderung im deutschen Sprachgebrauch bedarf der Differenzierung. Unter 3.2.4.6 (Lernbehinderung) wird klargestellt, dass Lernbehinderung keine diagnostische Kategorie ist und, dass bei den in Betracht kommenden *Umschriebenen Entwicklungsstörungen* das Diskrepanzkriterium zu beachten ist.

⁴⁴ Ausführungen über ausgewählte Aspekte von Borderline Intellectual Functioning und Lernbehinderung unter 3.2.4.6.

5. Ausschließlich im Begründungstext zu § 3 VOLE Variante II – IQ oberhalb von 70 (ICD 10) oder 75 (DSM 5) – werden Intelligenzquotienten angeführt. Es fehlt eine Positionierung dazu, welcher Wert denn gelten soll.

Zusammenfassung

Die Formulierungen des Begründungstextes zu § 3 VOLE Variante II wirken noch deutlicher auf eine Ausgrenzung eines beträchtlichen Anteils des bisher durch § 2 EinglHV leistungsberechtigten Personenkreises hin, weil mit dem ergänzten Kommentar am Ende des Begründungstextes nahegelegt wird, dass die Einbeziehung der Personen mit einem IQ oberhalb von 70 oder 75 eher nicht für berechtigt oder notwendig angesehen wird.

3.2.4.4 Zu § 3 Alternative III (Verordnungstext und Begründungstext)

Bei § 3 VOLE Alternative III sind sowohl der Verordnungstext als auch der Begründungstext gegenüber dem Text von § 3 VOLE Alternative I durch weitere Textpassagen ergänzt. Der Verordnungstext ist gegenüber der Alternative I ergänzt um den Passus „*in den Ergebnissen standardisierter Tests [gemeint sind Intelligenztest, Anmerkung der Autorinnen und Autoren] mindestens zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert*“.

Sofern anders als in § 2 EinglHV ausschließlich nur Personen mit IQ unter 70 von § 3 VOLE erfasst werden, ist diese Präzisierung nur folgerichtig. In der Sache bringt sie aber *kein substantiell neues Kriterium für den Grenzwert*. Diese Formulierung ist ein Äquivalent für einen IQ-Grenzwert von ca. 70.

Dass wieder *klinische* Beurteilungen der Intelligenz und der *Defizite in der Anpassungsfähigkeit (adaptive Funktionen)* unberücksichtigt bleiben, riskiert von vornherein, „Grenzfälle“ und nur gering intellektuell beeinträchtigte Menschen auszuschließen, die dennoch in Wechselwirkung mit ihren Kontextfaktoren eine beachtliche oder sogar wesentliche Teilhabebeeinträchtigung haben können.

Zusammenfassung

Die Formulierungen der Variante III zu § 3 VOLE führen tendenziell noch deutlicher als die Formulierungen der Variante II zur Ausgrenzung eines beträchtlichen Anteils des bisher von § 2 EinglHV erfassten Personenkreises.

3.2.4.5 Zusammenfassende Bewertung der Alternativen I bis III des § 3 VOLE

Alle drei Alternativen zum § 3 VOLE bzw. deren Begründungen bewirken im Widerspruch zur Vorgabe, mit der VOLE keine Veränderung am leistungsberechtigten Personenkreis vorzunehmen, entweder mittels Einengung auf die diagnostische Kategorie *Geistige Behinderung* oder *Intelligenzminderung* nach ICD-10 und/oder mittels eines IQ-Grenzwertes – mal implizit, mal explizit erwähnt – eine Ausgrenzung eines Anteils des leistungsberechtigten Personenkreises.

Welchen Umfang die Veränderung des Personenkreises durch die Bestimmungen der Alternativen I bis III des § 3 VOLE haben würde, hängt vor allem davon ab, wie bisher § 2 EinglHV ausgelegt bzw. angewendet wurde: Wo bisher § 2 EinglHV 2019 restriktiv ausgelegt und angewendet wurde, würde die Einführung des § 3 VOLE wohl wenig oder nichts ändern. Wo bisher § 2 EinglHV 2019 ohne Restriktionen ausgelegt und angewendet wurde, würden alle drei Varianten von § 3 VOLE viele Personen ausgrenzen.

Aus medizinischer Sicht muss die substanzielle Verkleinerung des leistungsberechtigten Personenkreises mit Nachdruck abgelehnt werden. Es würden damit Personen ausgeschlossen, die zwar nicht die IQ-Kriterien ($IQ < 70$) erfüllen oder nicht den Kriterien der diagnostischen Kategorie Intelligenzminderung (ICD-10) oder Intellektuelle Beeinträchtigung (DSM-5) entsprechen, dennoch Beeinträchtigungen ihrer intellektuellen Funktionen zeigen, die in Wechselwirkung mit ihren individuellen Kontextfaktoren zu wesentlichen Teilhabebeeinträchtigungen führen.

3.2.4.6 Borderline Intellectual Functioning, Lernbehinderung, umschriebene Entwicklungsstörungen und Lernstörungen

Borderline Intellectual Functioning

Der Begriff *Borderline Intellectual Functioning* (BIF) ist keine diagnostische Kategorie, auch kein milderer Schweregrad innerhalb der (Haupt-)Kategorie *Intelligenzminderung*⁴⁵. Dieses Phänomen wird für gewöhnlich mit einem IQ zwischen 70 und 85 in Verbindung gebracht. Es findet zunehmend fachliche Aufmerksamkeit.

Dementsprechend liegt für den Personenkreis mit *Borderline Intellectual Functioning* mittlerweile eine rasch wachsende Literatur vor (z. B. Fernell & Gillberg 2020, Greenspan 2017, Greenspan & Woods 2014, Hassiotis et al. 2019, Hassiotis et al. 2022, Martinez et al. 2020). Der Umfang des betroffenen Personenkreises ist noch nicht sicher bestimmt. Diese Menschen sind gehäuft zu finden in Problemfamilien, sie erreichen häufig nur einen niedrigen sozioökonomischen Status oder werden straffällig. Männer dominieren (vgl. Hassiotis 2022). Sie weisen vermehrt gesundheitliche, speziell psychiatrische Probleme (z. B. Entwicklungsverzögerungen, umschriebene Entwicklungsstörungen), spezifische Störungsbilder (z. B. genetisch bedingte Syndrome) sowie psychosoziale Probleme auf. Werden solche Personen genauer untersucht, finden sich oft umschriebene Entwicklungsstörungen, etwa solche der motorischen Funktionen (ICD-10: F82). Manche solcher Störungsbilder sind beispielsweise auf Frühgeburtlichkeit, insbesondere auf ein sehr niedriges Geburtsgewicht zurückzuführen (Luteijn et al. 2020).

Es gibt Überschneidungen oder Kombinationen mit anderen Störungsbildern, die in EinglHV oder VOLE vorkommen. Hier kommt im konkreten Einzelfall dann gegebenenfalls die Kombination von Beeinträchtigungen zum Tragen, bei der über einen rein additiven Effekt hinaus beträchtliche Interaktionen der verschiedenen Beeinträchtigungen eine Rolle spielen, die dann in Wechselwirkung mit den Kontextfaktoren zu einer wesentlichen Teilhabebeeinträchtigung führen.

Lernbehinderung

Im Alltag der Eingliederungshilfe, selbst in Arztbriefen oder psychodiagnostischen Befunden trifft man oft auf den Begriff *Lernbehinderung*. Er wird häufig mit dem Ziel verwendet, das Vorliegen einer unterdurchschnittlichen intellektuellen Ausstattung, bei der der festgestellte IQ nicht unterhalb von IQ 70 liegt, zu beschreiben.

Der Begriff *Lernbehinderung* bezeichnet jedoch so wenig wie der Begriff *Borderline Intellectual Functioning* eine diagnostische Kategorie. Demzufolge kommen beide Begriffe weder in der ICD-10 noch im DSM-5 als diagnostische Kategorien vor.

⁴⁵ „According to DSM and ICD, borderline intellectual functioning is not a disorder. But people with borderline intellectual functioning, or an IQ between 70 and 85, do comprise a vulnerable group.“ (Wieland & Zitman, 2016)

Der Begriff Lernbehinderung kommt aus dem sonderpädagogischen Kontext. Es „ist eine schulbezogene Behinderungskategorie zur Kennzeichnung eines schulischen Leistungs- und Verhaltensbildes unklarer Ätiologie“ (Geiling 2007, S. 223); er wurde als Ersatz für den seinerzeit üblichen Begriff der Hilfsschulbedürftigkeit 1960 im *Gutachten zur Ordnung des Sonderschulwesens, erstattet vom Schulausschuss der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland*⁴⁶, erstmalig erwähnt (Eckert 2015, Geiling 2007).

Die erwähnte weite Verbreitung des Begriffs Lernbehinderung im System der Eingliederungshilfe für erwachsene Menschen erklärt sich wohl wenigstens teilweise aus dem Umstand, dass Jugendliche oder Heranwachsende, die aus dem Sonderschulsystem kommend in das System der Eingliederungshilfe übergetreten sind, diesen Begriff „mitgebracht“ haben.

Auf diesem Weg hat der Begriff *Lernbehinderung* sozusagen informell den Status einer diagnostischen Kategorie erlangt. Dieser Umstand verweist zugleich darauf, dass hier eine unbefriedigende Situation vorliegt. Solange keine diagnostische Kategorie in einem offiziellen Klassifikationssystem für die adäquate Erfassung vorliegt,⁴⁷ bleibt nur die Möglichkeit, den vorliegenden Sachverhalt mit dem ermittelten IQ⁴⁸, andere Informationen zur Intelligenz und mittels der ICF-Nomenklatur als *Beeinträchtigung der Funktionen der Intelligenz* (b117) abzubilden.

Im Kontext der beiden Begriffe *Borderline Intellectual Functioning* und *Lernbehinderung* ist es unumgänglich, im Folgenden auf weitere Begriffe einzugehen.

Umschriebene Entwicklungsstörungen

In der ICD-10 folgt auf die Kategorie Intelligenzminderung (ICD-10: F7) die Kategorie *Entwicklungsstörungen* (ICD-10: F8). Die ICD erläutert, dass die hier zusammengefassten Störungsbilder im Allgemeinen im Kleinkindalter oder in der Kindheit beginnen, mit einer Einschränkung oder Verzögerung derjenigen Funktionen verbunden sind, die eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft sind sowie ohne charakteristische Remissionen und Rezidive stetig verlaufen (Dilling et al. 1991, S. 245).

Die Entwicklungsstörungen sind in der ICD-10 folgendermaßen aufgegliedert:

- F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
- F81 Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
- F82 Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen
- F83 kombinierte umschriebene Entwicklungsstörung
- F84 tiefgreifende Entwicklungsstörungen
- F88 andere Entwicklungsstörungen
- F89 nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung⁴⁹

Die im vorliegenden Zusammenhang wichtigste Kategorie *Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten* (ICD-10: F81) ist in der ICD-10 weiter unterteilt in

- F81.0 Lese- und Rechtschreibstörung

⁴⁶ Gutachten zur Ordnung des Sonderschulwesens, erstattet vom Schulausschuß der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland 1960 (<https://www.deutsche-digitale-bibliothek.de/item/Q4P74PSJ5WPVGW4FNWDOKVJBYGUC33LR>, letzter Zugriff 03.11.2023).

⁴⁷ Bemerkenswerterweise gab es in ICD-8 unter der Kategorie Oligophrenien schon einmal eine diagnostische Kategorie *Minderbegabung (Grenzfälle)*, der der IQ-Bereich von 68 bis 85 zugeordnet war (Degkwitz et al. 1975, S. 79).

⁴⁸ Ein aktueller Befund aus einer qualifizierten Intelligenzdiagnostik ist selbstverständlich vorausgesetzt.

⁴⁹ Die ICD-11 führt eine andere Begrifflichkeit und Systematik ein, deren ausführliche Darlegung hier nicht zur Klärung beitragen würde, zumal die deutschsprachige Übersetzung noch nicht abgeschlossen ist.

- F81.1 Isolierte Rechtschreibstörung
- F81.2 Rechenstörung
- F81.3 Kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten
- F81.8 Andere
- F81.9 Nicht näher bezeichnete

In der ICD-10 heißt es zu den *Umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten*: „Bei der Diagnoseeinstellung treten Schwierigkeiten auf. Erstens müssen diese Störungen von normalen Variationen im Erwerb schulischer Fertigkeiten unterschieden werden. Dieselben bereits für Sprachstörungen vorgeschlagenen Kriterien für die Einschätzung der Normabweichung sind auch hier anzuwenden... Zweitens muss der Entwicklungsverlauf berücksichtigt werden...“ (Dilling et al. 1991, S. 253). Von zentraler Bedeutung ist die Aussage, dass die *Umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten* keine direkte Folge anderer Erkrankungen wie Intelligenzminderung oder unkorrigierter Seh- oder Hörstörungen sein dürfen.

Auf dieser klarstellenden Aussage zur Abgrenzung zur Intelligenzminderung gründet das in der Fachliteratur häufig herangezogene *Diskrepanzkriterium*. Vereinfacht ausgedrückt meint dieses Kriterium, dass sich das Ausmaß des qualifiziert diagnostizierten Rückstandes der schulischen Fertigkeiten in einem bestimmten Maße vom qualifiziert diagnostizierten allgemeinen Intelligenzniveau deutlich unterscheiden muss.⁵⁰

Es ist allerdings fraglich, ob diese Aspekte in der Praxis immer fachgerecht abgeklärt und dokumentiert werden. Das bezieht sich sowohl auf die differenzierte Psychodiagnostik als auch auf die Abklärung und Einbeziehung sensorischer und anderer Beeinträchtigungen im Hinblick auf die Auswirkungen auf die schulischen Fertigkeiten. Die ICD-10 gibt neben den allgemeinen Aussagen zu den Kategorien genauere diagnostische Leitlinien vor (Dilling et al. 1991. S. 255).

Aus den bisherigen Ausführungen folgt, dass sich die Diagnose einer *Umschriebenen Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten* sehr wohl mit einer normalen intellektuellen Ausstattung vereinbaren lässt. Liegt hingegen eine *Intelligenzminderung* nach den Kriterien der ICD-10 vor, kann die Diagnose einer Umschriebenen Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten nicht gestellt werden.

Wenn ausschließlich eine *Umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten* vorliegt, ist eine wesentliche Beeinträchtigung der Teilhabe gemäß dem ICF-Modell von Behinderung denkbar, wenn die einstellungs- und umweltbedingten Barrieren sehr ausgeprägt sind.

Lernstörungen

Schließlich sei im vorliegenden Zusammenhang noch der Begriff *Lernstörung* umrissen. Dieser Begriff wird in der ICD-10 nicht als diagnostische Kategorie verwendet, aber sowohl in der Kategorie F81 als

⁵⁰ Differenzierte Ausführungen zu dieser Thematik finden sich bei u. a. Kaufmann & v. Aster (2020), Lauth et al. (2014) oder im weitverbreiteten, auch im Internet zugänglichen Psychologie-Lexikon DORSCH

(<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/diskrepanzkriterium>, letzter Zugriff am 31.10.2023).

Im Internet ist ein Portal namens *Psychometrica* (<https://www.psychometrica.de/impressum.html>, letzter Zugriff 04.11.2023)

verfügbar, das hier nur erwähnt wird, um das Verständnis des Diskrepanzkriteriums zu vertiefen und die Komplexität der diagnostischen Anforderungen zu veranschaulichen (<https://www.psychometrica.de/tls.html>, letzter Zugriff 04.11.2023).

auch in der Kategorie F81.3 als „dazugehöriger Begriff“⁵¹ aufgeführt. Der Begriff Lernstörungen wird in der Fachliteratur oft im Sinne umschriebener Entwicklungsstörungen verwendet⁵².

3.2.4.7 Zusammenfassende Beantwortung der Fragen aus der Leistungsbeschreibung

In der zum Vergabeverfahren gehörenden Leistungsbeschreibung⁵³ zum Evaluationsauftrag wurden Anliegen und Fragen formuliert, die sich auf die im Kontext des zu § 3 VOLE erörterten Gegenstände beziehen. Obwohl diese Aspekte im Laufe der vorstehenden Darlegungen bereits von verschiedenen Seiten betrachtet und diskutiert wurden, werden nachstehend unter Hinnahme unvermeidlicher und zweckmäßiger Redundanzen folgende vier Anliegen und Fragen nachstehend beantwortet:

1. Die Begrifflichkeiten „Schwäche der geistigen Kräfte“ sowie „Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionen“ sollen vergleichend analysiert werden.
2. „Inwiefern und in welchen Bereichen führen Lernbehinderungen bzw. Teilleistungsstörungen zu einer erheblichen Einschränkung der Anpassungsfähigkeit (insbesondere hinsichtlich der Anpassungsfähigkeit in kognitiven, sozialen und alltagspraktischen Bereichen)?“
3. „Inwiefern kann eine Lernbehinderung bzw. Teilleistungsstörung die Tatbestände der „Schwäche der geistigen Kräfte“ beziehungsweise der „Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionen“ begründen?“
4. Es stellt sich die Frage, „ob bzw. inwiefern bestimmte Beeinträchtigungen – insbesondere Lernbehinderungen und Teilleistungsstörungen – typischerweise mit anderen Beeinträchtigungen einhergehen, die in ihrer Gesamtheit zu einer wesentlichen Teilhabeeinschränkung und damit einer wesentlichen Behinderung führen.“

zu 1) In Ergänzung zu den Ausführungen etwa unter 2.1.2.2, 2.1.4.2, 2.2.1.2, 2.2.2.2 und 3.1.3 ist auszuführen: Der Begriff „*Schwäche der geistigen Kräfte*“ aus der EinglHV ist eine vage, nach rund 50 Jahren nicht mehr zeitgemäße Bezeichnung für das, was heute in enger Orientierung an der ICF als „Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionen“ bezeichnet wird. Eine vollständige Gleichsetzung ist nicht berechtigt, weil „Schwäche der geistigen Kräfte“ im Gegensatz zu den *Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen* nicht genau definiert ist.

Die ICF erlaubt, die Auswirkungen von Gesundheitsproblemen, Krankheiten, psychischen Störungen usw. auf der Ebene der *Körperfunktionen*, der *Körperstrukturen* sowie der *Aktivitäten* abzubilden. „Die ICD-10 stellt eine 'Diagnose' von Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder anderen Gesundheitszuständen zur Verfügung, und diese Information wird mit zusätzlichen Informationen zur Funktionsfähigkeit, welche die ICF liefert, erweitert.“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005, S. 4). Es wird ergänzt, dass die Anwendung der ICF reguläre diagnostische Verfahren nicht umgehen solle (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005, S. 4).

Die ICF stellt für die erwähnten Informationen differenzierte *Klassifikationen* zur Verfügung. Wenn Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten oder Teilhabeaspekte in negativer Richtung

⁵¹ Mit dieser Rubrik weist die ICD-10 auf ähnliche oder aus früheren ICD-Fassungen, mithin veraltete Begriffe hin. Sie bietet sie damit jedoch nicht etwa als alternative Bezeichnung an.

⁵² So etwa bei Lauth et al. 2014.

⁵³ Bundesministerium Arbeit und Soziales, ZVS-04812-5/38, Dokument 2 der Vergabeunterlagen, S. 4.

verändert sind, wird das mit dem Substantiv *Beeinträchtigung* (nicht hingegen Einschränkung, Beschränkung usw.; in Verbindung mit der jeweils konkretisierten Körperfunktion, Körperstruktur usw.) ausgedrückt (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005, S. 11).

Bei strengster Anwendung der terminologischen Vorschriften der ICF müsste die negative Ausprägung einer *Körperfunktion* oder *Körperstruktur* sogar mit dem Begriff *Schädigung* (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005, S. 11) ausgedrückt werden⁵⁴.

Das Kapitel 1 der *Klassifikation der Körperfunktionen* der ICF umfasst die *Mentalen Funktionen*, darunter die *Funktionen der Intelligenz* (b 117). Letztere sind folgendermaßen beschrieben: „*Allgemeine mentale Funktionen, die erforderlich sind, die verschiedenen mentalen Funktionen einschließlich aller kognitiven Funktionen zu verstehen und konstruktiv zu integrieren sowie diese über die gesamte Lebensdauer hinweg fortzuentwickeln*“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005, S. 60).

Weder der Begriff „Schwäche der geistigen Kräfte“ noch die „Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen“ sind diagnostische Kategorien, auch sind es im fachsprachlichen Kontext keine Oberbegriffe zu diagnostischen Kategorien.

Zu 2) In Ergänzung zu den Ausführungen u. a. unter 3.2.4.3, 3.2.4.6 ist *Frage 1* folgendermaßen zu beantworten:

Die Rubrik *Lernbehinderung*, aus dem sonderpädagogischen Bereich stammend, ist keine offizielle psychiatrisch-diagnostische Kategorie; sie kommt nicht in der ICD-10 vor. Im schulischen Kontext werden mit diesem Begriff Personen mit in unterschiedlichem Ausmaß beeinträchtigter Intelligenz oder anwendbaren diagnostischen Kategorien bzw. Störungsbildern wie Intelligenzminderung, „Teilleistungsstörungen“, tiefgreifenden Entwicklungsstörungen usw. erfasst. Darunter befinden sich Personen, die eine unterdurchschnittliche Intelligenz oberhalb der IQ-Grenze zur Intelligenzminderung (IQ < 70) haben. Diesem Sachverhalt wird in der internationalen Fachliteratur der deskriptive Begriff *Borderline Intellectual Functioning* – keine anerkannte diagnostische Kategorie – zugeordnet.

Verminderte *Anpassungsfähigkeit*, nach der in Frage 1 hinsichtlich *Lernbehinderung* und *Teilleistungsstörungen* gefragt wird, gehört gemäß ICD-10 neben der unterdurchschnittlichen Intelligenz (IQ < 70) zu den expliziten diagnostischen Kriterien der *Intelligenzminderung* (ICD-10: F7). In der ICD-10 heißt es: „Für die endgültige Diagnose muss sowohl eine Störung im Intelligenzniveau als auch der Anpassung des alltäglichen Lebens bestehen“ (Dilling et al. 1991, S. 239).

Die in Deutschland noch nicht in Kraft getretene ICD-11 spricht anstelle einer Störung im Bereich der *Anpassung* von unterdurchschnittlichem *adaptivem Verhalten*.

Das DSM-5, in Deutschland nicht verbindlich, nennt als diagnostisches Kriterium B: „Defizite in der Anpassungsfähigkeit, wodurch entwicklungsbezogene und soziokulturelle Standards von Selbstständigkeit und sozialer Kompetenz nicht erreicht werden“ (Falkai et al. 2015, S. 43).

⁵⁴ Ob das verlangt werden soll, müsste gegebenenfalls der Ordnungsgeber entscheiden.

Es kann keine Aussage getätigt werden, zu welcher „erheblichen Einschränkung der Anpassungsfähigkeit“ eine Lernbehinderung führen kann, denn *Lernbehinderung* ist weder eine präzise diagnostische Kategorie, noch wird sie durch bestimmte, verbindlich festgelegte Merkmale näher charakterisiert. Sie umfasst sehr unterschiedliche Sachverhalte. Es käme also auf die genaue Betrachtung des Einzelfalls an.

Der Begriff *Teilleistungsstörungen* wird in der ICD-10 (ebenso wie der Begriff *Legasthenie*) nicht verwendet. Ihm entspricht in der ICD-10 die diagnostische Kategorie *Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten* (ICD-10: F 81). Das Kriterium der verminderten Anpassung(sfähigkeit) oder des *unterdurchschnittlichen adaptiven Verhaltens* wird bei dieser Kategorie nicht explizit als diagnostisches Merkmal erwähnt.

Die Störungsbilder, die mit einer bestimmten diagnostischen Kategorie bezeichnet werden, führen nicht (im strengen Wortsinn) zu verminderter Anpassungsfähigkeit und dergleichen, sondern sind gegebenenfalls damit verbunden oder tragen sie sogar als explizites diagnostisches Merkmal für die zu ihrer Bezeichnung geeigneten diagnostischen Kategorie.

Zu 3) In Ergänzung zu den Ausführungen in Kapitel 3.2.4.6 ist die *Frage 2* folgendermaßen zu beantworten: Unter Verweis auf die vorangehenden Ausführungen zu 1) ist der veraltete Begriff „Schwäche der geistigen Kräfte“ nicht mehr diskutabel. Selbstverständlich liegen bei der sonderpädagogischen Rubrik *Lernbehinderung* sowie bei *Teilleistungsstörungen* – nach ICD-10 *Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten* (ICD-10: F 81) *Beeinträchtigungen intellektueller Funktionen* vor. Nur erreichen sie eben nicht das Ausmaß dessen, was eine *Intelligenzminderung* (ICD-10: F7) charakterisiert.

Zu 4) In Ergänzung zu den Ausführungen unter 3.2.4.6 ist die *Frage 3* folgendermaßen zu beantworten:

Es wird gefragt, ob bzw. inwiefern bestimmte Beeinträchtigungen – „insbesondere Lernbehinderungen und Teilleistungsstörungen“ – typischerweise mit anderen Beeinträchtigungen einhergehen.

Der Begriff *Beeinträchtigung* wird in dieser Frage wie ein Oberbegriff oder eine übergeordnete Kategorie verwendet. Doch sind *Intelligenzminderung*, *Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten* usw. im fachlichen Sprachgebrauch keine *Beeinträchtigungen*. Die Formulierung der aufgeworfenen Frage folgt also einer alltagssprachlichen Verwendung des Begriffs *Beeinträchtigung*; sie orientiert sich nicht an der fachsprachlichen Verwendung.

Diese kritisch zu kommentierende Formulierung der Frage und ihre Begriffsverwendung aus einem alltagssprachlichen Verständnis heraus zeigen, dass eine stringente, konsistente, fachsprachlich instruierte Anwendung fachlich korrekter und zeitgemäßer Begriffe im vorliegenden Kontext unverzichtbar ist.

Jenseits dieses bedeutsamen terminologischen Aspekts ist die Frage, ob bzw. inwiefern solche Störungsbilder „typischerweise mit anderen Beeinträchtigungen einhergehen“, folgendermaßen zu beantworten: Viele solcher Störungsbilder können mit anderen psychischen Störungen wie Autismus, Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS), mit neurologischen Krankheitsbildern wie Infantile Zerebralpareesen, Epilepsien, oder Beeinträchtigungen körperlicher Funktionen (z. B. des Hörens) kombiniert sein.

Dieses Phänomen wird als *Komorbidität* bezeichnet. Auf die verschiedenen Ebenen und Formen wechselseitiger Zusammenhänge muss hier verzichtet werden. Präzise Angaben zu Art und Häufigkeit komorbider Störungen lassen sich allenfalls zu konkreten Diagnosen oder ursächlichen Konstellationen machen. Die „typischen“ Komorbiditäten sind wesentlich von den unterschiedlichen Ätiologien bestimmt. Nicht einmal die diagnostische Kategorie Intelligenzminderung ist diesbezüglich homogen: so ist beispielsweise eine Intelligenzminderung als Bestandteil einer Trisomie 21 (Down-Syndrom) mit anderen Komorbiditäten oder anderen Risiken für Komorbiditäten (z. B. Alzheimer-Demenz) verbunden als eine Intelligenzminderung als Folge einer Geburtskomplikation.

Es kommt also immer auf den konkreten Einzelfall an, der auf der Grundlage sorgfältiger Abklärung zu beschreiben ist. Diese Notwendigkeit resultiert außerdem daraus, dass beispielsweise für die Anwendung der diagnostischen Kategorie *Umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten* ausgeschlossen sein muss, dass sie im konkreten Fall „*nicht direkt auf unkorrigierte optische oder akustische Beeinträchtigungen zurückzuführen*“ (Dilling et al. 1991, S. 256) ist.

Grundsätzlich kann die Gesamtheit der im konkreten Einzelfall vorliegenden Störungsbilder bzw. Beeinträchtigungen von Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten (als Folge von Gesundheitsproblemen) in Wechselwirkung mit den hemmenden Kontextfaktoren (*einstellungs- und umweltbezogene Barrieren*) die Grundlage für eine nichtsdestoweniger explizit festzustellende wesentliche Beeinträchtigung der Teilhabe (wesentliche Behinderung gemäß § 99 SGB IX) bilden.

Zusammenfassung

Die vorstehenden Ausführungen zu 1) bis 4) verdeutlichen, dass eine fachgerechte Verwendung der Begrifflichkeiten in den Bestimmungen der VOLE unverzichtbar ist. Unschärfen und Beliebigkeit führen zwangsläufig zu Missverständnissen.

In der Praxis der Anspruchsprüfung werden wie bisher auch künftig Dokumente mit veralteten, überholten, unscharfen, wissenschaftlich inkorrekten Begriffen, ungenauen Be- und Umschreibungen usw. vorgelegt werden. Es bleibt nichts anderes übrig, als diese Dokumente im Lichte zeitgemäßer, offizieller Kriterien auszuwerten, die verwendeten Begriffe und Verknüpfungen gewissermaßen zu übersetzen und daraufhin zu prüfen, ob sie dem Sinn der Bestimmungen der Neuregelung entsprechen, wenn sie schon nicht dem Wortlaut derselben entsprechen. Bei den Ausführungen zu § 1 VOLE wurde schon darauf aufmerksam gemacht.

Exemplarisch auf § 3 VOLE angewendet könnten formuliert werden, dass eine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung im Ergebnis der Wechselwirkung zwischen den Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen einerseits, und umwelt- und einstellungsbedingten Barrieren andererseits, vorliegen muss, um den Leistungsanspruch zu begründen.

Um zu vermeiden, dass unter dieser vorgestellten Voraussetzung auch Gegebenheiten gefasst werden, die § 4 VOLE zugeordnet werden sollen (z. B. Alzheimer-Demenz), bedarf es des ausdrücklichen Hinweises, dass die Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen vor Abschluss der Entwicklungsphase (ca. 18. Lebensjahr) eingetreten sein müssen. Selbstverständlich bewirken die erwähnten Formulierungen den Einschluss der Kategorie Intelligenzminderung, aber sie erlauben auch den Einschluss anderer Konstellationen, sofern das Kriterium der wesentlichen Teilhabebeeinträchtigung vorliegt.

3.2.4.8 Ergänzungen zur diagnostischen Kategorie Intelligenzminderung

Eine Intelligenzminderung (ICD-10: F7) kann

- angeboren vorliegen, etwa als Folge genetischer Dispositionen (z. B. Trisomie 21) oder pränataler Schädigungen (z. B. Fetales Alkoholsyndrom),
- unter der Geburt entstehen (perinatal, z. B. Geburtskomplikationen) oder
- nach der Geburt (postnatal) bis zum Ende der Entwicklungsperiode erworben werden, etwa durch schwerste Mangelernährung, Gehirnentzündungen oder Hirntraumata (erworbener Hirnschaden). Auch schwerwiegende Vernachlässigung usw. wurden immer wieder als Ursachen angeführt – oft liegen dabei weitere potenziell ursächliche Faktoren vor, beispielsweise Mangelernährung.⁵⁵

Es sei ausdrücklich daran erinnert, dass auch im Kindes- und Jugendalter *Erworbene Hirnschäden* eintreten können. Wenn deren Symptomatik auch die Intelligenz gemäß den ICD-10 Kriterien für Intelligenzminderung (ICD-10: F7) einschließt, also auch vor Abschluss der Entwicklungsperiode eintritt, soll die betreffende die ICD-Diagnose Intelligenzminderung gewählt werden. Weitere Bestandteile der Symptomatik des Erworbenen Hirnschadens müssen zusätzlich angegeben werden.

Die medizinische Dokumentation soll die ICD-10-Diagnose bzw. ihres Schweregrades (ICD-10: F7x) mit der Nennung ihrer Ursache kombinieren, sofern diese bekannt ist. Im Fall eines Erworbenen Hirnschadens könnte die Diagnose lauten: „Mittelgradige Intelligenzminderung (ICD-10: F71) auf der Grundlage eines Erworbenen Hirnschadens (Schädelhirntrauma)“.

Oft liegen den Anträgen auf Eingliederungshilfe vor allem älterer Personen keine auf modernen Methoden gründenden Befunddokumentationen bei oder es sind Diagnosen wie „Verdacht auf frühkindliche Hirnschädigung“ angegeben. Das sind vermutlich häufig Verlegenheitsdiagnosen, die selten auf ihre ursprüngliche Begründung oder Anwendung zurückzuverfolgen sind.

3.2.4.9 Zu § 4 Beeinträchtigungen der psychischen Funktionen

Die Überschrift *Beeinträchtigungen der psychischen Funktionen* in § 4 VOLE vermeidet die heutigentags nicht mehr akzeptable Begrifflichkeit *seelisch wesentlich behinderte Menschen* des § 3 EinglHV 2019. In Analogie zum Vorschlag zu den Überschriften zu §§ 2 und 3 VOLE sollte auch die Überschrift von § 4 VOLE umformuliert werden: *Wesentliche Teilhabebeeinträchtigungen auf der Grundlage seelischer Beeinträchtigungen*.

Einleitungspassus des § 4 VOLE:

Der einleitende Satz des Verordnungstextes formuliert zutreffend, dass die Teilhabebeeinträchtigungen aus den Beeinträchtigungen der psychischen Funktionen resultieren *können*.

Der Begriff *Gesundheitsstörungen* am Ende des Einleitungstextes sollte ersetzt werden durch den üblichen und offiziellen Begriff *psychische Störungen* aus dem Kapitel V der ICD-10.

Im Begründungstext ist die Wortwahl „*im Sinne einer wesentlichen seelischen Behinderung*“ im ersten Satz nicht vereinbar mit Art. 2 UN-BRK, mit § 2 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB IX und mit der ICF.

⁵⁵ Auch für das unter 3.2.4.6 dargelegte Phänomen Borderline Intellectual Functioning kommen ähnliche medizinisch charakterisierbare Ursachen (ätiologische Faktoren) in Betracht.

Die Aufzählung der Voraussetzungen der wesentlichen Behinderung in der Begründung der einleitenden Passage von § 4 VOLE muss die Begriffe korrekt verknüpfen: Die Beeinträchtigungen der psychischen Funktionen *resultieren* nicht aus *Diagnosen*, sondern sind mit den durch Diagnosen bezeichneten *psychischen Störungen* verbunden.

Warum ausdrücklich erwähnt wird, dass es sich um eine abschließende Aufzählung der Störungsbilder handeln soll, ist nicht nachvollziehbar. Grundsätzlich muss für die Anerkennung bzw. Aufnahme neuer diagnostischer Kategorien Raum bleiben. Das geschieht in Rahmen einer neuen Version der amtlichen Klassifikation. Eine angemessen entwicklungs-offene Lösung besteht wohl darin, auf die amtlich in Kraft gesetzte aktuelle ICD-Version zu verweisen.

Die Aussage im Begründungstext „*Entscheidend ist daher [...] nicht das Ausmaß* [Hervorhebung durch die Autorinnen und Autoren] *der Beeinträchtigung der psychischen Funktionen, sondern wie sich die Beeinträchtigung auf die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft auswirkt.*“⁵⁶) ist ausdrücklich zu unterstreichen, denn sie verlässt die inkorrekte Argumentation, der zufolge die *Erheblichkeit* der Beeinträchtigung über die *Wesentlichkeit der Behinderung* entscheiden soll. Es fehlt hier allerdings der Verweis auf die Wechselwirkung mit den Kontextfaktoren.

Im Folgenden sollen die Nummern 1 bis 4 der Auflistung analysiert werden.

Nummer 1 trägt die Bezeichnung *körperlich nicht begründbare Psychosen*. Doch die seit den 1990er Jahren in Deutschland gültige ICD-10 verwendet den Begriff *Psychose*⁵⁷ nicht mehr. Auch die ICD-11 enthält ihn nicht. Historisch umfasste dieser hier unzeitgemäß verwendete Begriff den *affektiven* und den *schizophrenen (einschließlich benachbarter Störungsbilder) Formenkreis psychischer Störungen*.

Die ICD-10 stellt dafür die Abschnitte *F2 (Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen)* und *F3 (affektive Störungen)* zur Verfügung. Nummer 1 sollte demzufolge mit diesen diagnostischen Kategorien der ICD-10 bezeichnet werden.

Der Verweis des Begründungstextes auf die Begrifflichkeit von § 3 EinglHV greift hier eine veraltete Nomenklatur auf, die 1975 in die EinglHV aufgenommen worden war. Dieser Verweis kann aber den unzeitgemäßen Gebrauch einer längst veralteten Nomenklatur nicht legitimieren.

Nummer 2 ist im Verordnungstext bezeichnet als *Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, Anfallsleiden oder andere Krankheiten oder körperliche Beeinträchtigungen, deren Folge Beeinträchtigungen der psychischen Funktionen einschließlich neurokognitiver Beeinträchtigungen sind*.

Damit sind Störungsbilder gemeint, die in der ICD-10 *Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen* (Abschnitt F0) heißen. Dieser Formenkreis psychischer Störungen ist umfangreich und hoch komplex. Hierzu gehören langdauernde, chronische oder fortschreitende Störungen wie die Altersdemenzen (z. B. infolge Alzheimer-Krankheit), aber auch zeitweilige, vorübergehende psychische Störungen bei Stoffwechsellentgleisungen, nach Hirnverletzungen usw. In ihrem Rahmen können verschiedene mentale Funktionen beeinträchtigt sein und auf die Aktivitäten einwirken.

⁵⁶ Dass der zitierte Satz im Übrigen nicht korrekt mit den Voraussetzungen des Behinderungsbegriffs korrespondiert, soll hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt werden.

⁵⁷ In Selbsthilfegruppen und oft auch in der Fachszene wird der Begriff Psychose durchaus gebraucht (z. B. Psychose-Erfahrene). Das kann jedoch keine Begründung sein, von der Begrifflichkeit amtlicher Klassifikationen abzuweichen.

In Orientierung an der ICD-10 sollte Nummer 2 des Verordnungstextes wie folgt überschrieben sein: *Psychische Störungen infolge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns einschließlich Epilepsien und anderen Anfallsleiden oder infolge von körperlichen Krankheiten*. Auf die Aufzählung der Folgen der Störungsbilder sollte der Verordnungstext unter Nr. 2 wie bei den Nummern 1, 3 und 4 verzichten.

Die Aufzählung der Folgen der erwähnten Störungsbilder schließt den in der ICF unüblichen Begriff *neurokognitive Beeinträchtigungen* ein. Der Begriff ist auch überflüssig, denn das Gemeinte gehört zu den beeinträchtigten psychischen Funktionen. Das Adjektiv *neurokognitiv* gehört zur Bezeichnung der diagnostischen Kategorie *neurokognitive Störungen* der ICD-11. Es kommt in der ICD-10 nicht vor, ebenso nicht in der ICF. Der Begriff *neurokognitive Beeinträchtigung* ist der ICF genauso fremd wie es ein Begriff „schizophrene Beeinträchtigung“ wäre.

Der zweite Absatz des Begründungstextes zu Nummer 2 erklärt allerdings die Intention zur Einführung des Begriffs neurokognitive Beeinträchtigung im Verordnungstext. Laut Begründung soll der Begriff *neurokognitive Beeinträchtigungen* sicherstellen, dass Beeinträchtigungen, die aus erworbenen Hirnschäden resultieren⁵⁸, den Beeinträchtigungen der psychischen Funktionen (§ 4 VOLE) und nicht den Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen (§ 3 VOLE) zugeordnet werden sollen.

Diese Zweckbestimmung ist legitim und angesichts vielfältiger Fehlinformation und -interpretationen auch notwendig. Es bietet sich dafür eine simple Lösung an: Statt eines risikoträchtigen begrifflichen Manövers wird der zweite Absatz der Begründung zu Nummer 2 ersetzt durch den expliziten Hinweis, dass Beeinträchtigungen intellektueller Funktionen, die nach Abschluss der Entwicklungsphase (18. Lebensjahr) eintreten, hierhergehören, während solche, die vor Abschluss der Entwicklungsperiode (18. Lebensjahr) eingetreten sind, zum § 3 VOLE gehören.

Der grundsätzlich richtige Hinweis auf erworbene Hirnschäden als Grundlage solcher Störungsbilder ist auch nicht geeignet, Missverständnisse auszuräumen.

- Erstens kann ein *erworbener Hirnschaden*⁵⁹ auch vor dem 18. Lebensjahr eintreten. Sofern die Hauptsymptomatik eines solchen Störungsbildes im Verlust intellektueller Funktionen besteht und die übrigen Kriterien erfüllt sind, wird der Zustand richtigerweise als Intelligenzminderung auf der Grundlage einer Hirnschädigung (z. B. Schädel-Hirn-Trauma) bezeichnet (vgl. Seidel 2013a, Seidel 2013b).

Erworbene Hirnschäden können anstelle von oder zusätzlich zu kognitiven Beeinträchtigungen auch vordergründig durch psychopathologische Symptome im Bereich von Emotionalität, Affektivität, Verhaltenssteuerung und andere nichtkognitive Symptome auf hirnorganischer Grundlage geprägt sein. Außerdem kann die hirnorganisch erklärbare Symptomatik begleitet sein von reaktiven psychischen Störungen (z. B. depressive Verstimmungen), die als seelische Reaktion auf die selbst wahrgenommenen Beeinträchtigungen von Funktionen oder den sozialen Rollenverlust usw. verstehbar sind (Aschenbrenner et al. 2021).

- Zweitens sind die Umgrenzung oder der Umfang des Begriffs *erworbener Hirnschaden* in der Fachwelt nicht konsentiert, zumal der Begriff auch nicht in der ICD aufgeführt und definiert ist.

⁵⁸ Sie „resultieren“ nicht daraus, sondern gehören dazu, sind ihre Symptome.

⁵⁹ Besser nicht Hirnschädigung, (wie leider oft verwendet), da *Schädigung* den Vorgang des Schädigens, *Schaden* hingegen das Ergebnis der Schädigung darstellt.

Dieser Aspekt kann und muss hier nicht weiter ausgeführt werden. Es mag der Hinweis genügen, dass nicht alle Autorinnen bzw. Autoren entzündliche oder degenerative Hirnerkrankungen (z. B. Multiple Sklerose) bzw. deren Folgen hinzuzählen.

Zusammengefasst ist festzuhalten: Eine Inanspruchnahme der ICD-11-Kategorie vor der offiziellen Inkraftsetzung der ICD wird nicht zur Klarheit, sondern zu Irritationen führt. Die allgemeine Beschreibung der diagnostischen Kategorie *Neurokognitive Störungen* findet sich im deutschsprachigen ICD-11-Entwurf⁶⁰.

Es wird auch in diesem Kontext deutlich: Es ist unbedingt notwendig, das in § 4 VOLE geübte Herangehen aufzugeben, unsystematisch bestimmte Begriffe aus ICD-9, ICD-10, ICD-11 oder DSM zu verwenden, und sich stattdessen für eine konsequente und konsistente Nutzung der ICD-10 zu entscheiden.

An dieser Stelle ist erneut auf die praktischen Aspekte hinzuweisen. Im Verwaltungsverfahren zur Feststellung der Leistungsberechtigung sind vorgelegte oder eingeholte Befundberichte, Krankenhausentlassungsberichte usw. zu berücksichtigen. Korrekte Verfahrensweise auf ärztlicher Seite gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zur Nutzung der ICD-10 vorausgesetzt, kann die genannte ICD-10-Diagnose unmittelbar übernommen werden. Für den Fall, dass die Diagnose nicht ICD-10-konform übermittelt wird, kann hierzu legitimerweise nachgefragt werden. Man kann hingegen weder von Ärztinnen und Ärzten noch von Mitarbeitenden der Verwaltungen regelmäßig verlangen, dass sie ICD-10-konforme Diagnosen in eine andere Klassifikationssystematik oder Begrifflichkeit übertragen – von den damit verbundenen Fehlerquellen einerseits, Kostenfolgen andererseits ganz zu schweigen.

Nummer 3 des Verordnungstextes ist überschrieben mit *Abhängigkeitserkrankungen*.

Im Begründungstext zu Nummer 3 heißt es, in Anbetracht der aktuellen psychiatrischen Nomenklatur werde der Begriff *Suchtkrankheiten* durch den Begriff *Abhängigkeitserkrankungen* ersetzt. Abgesehen davon, dass die Terminologie in der Fachwelt nicht in dem Maße einheitlich ist, wie hier nahegelegt wird, ist die maßgebliche diagnostische Bezeichnung derzeit der ICD-10 (später der ICD-11) zu entnehmen.

Der ICD-10-Abschnitt *F0 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* verwendet den Begriff *Abhängigkeitserkrankung* nicht, jedoch den Begriff *Abhängigkeitssyndrom* (ICD-10: F1x.2) als ein spezielles Störungsbild. Daneben gibt es die wichtige diagnostische Kategorie *schädlicher Gebrauch* (F1x.1)⁶¹. Insofern ist es notwendig, die hier anzusprechenden Störungsbilder gemäß der ICD-10 als *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* (ICD-10: F1) zu führen.

⁶⁰ In der deutschsprachigen Entwurfsfassung der ICD-11 heißt es: „Neurokognitive Störungen sind durch primäre klinische Defizite in der kognitiven Funktion gekennzeichnet, die meistens erworben und nicht als Entwicklungsstörungen anzusehen sind. Das heißt, neurokognitive Störungen umfassen keine Störungen, die durch Defizite in der kognitiven Funktion gekennzeichnet sind, die von Geburt an vorhanden sind oder typischerweise während des Entwicklungszeitraums auftreten, die in die Gruppe der neurologischen Entwicklungsstörungen eingeordnet werden. Vielmehr handelt es sich bei neurokognitiven Störungen um eine Verschlechterung eines zuvor erreichten Funktionsniveaus. Obwohl kognitive Defizite bei vielen psychischen Störungen auftreten (z. B. Schizophrenie, bipolare Störungen), werden nur solche Störungen in die Gruppe der neurokognitiven Störungen aufgenommen, deren Hauptmerkmale kognitiv sind. In Fällen, in denen die zugrunde liegende Pathologie und Ätiologie neurokognitiver Störungen bestimmt werden kann, sollte die identifizierte Ätiologie separat klassifiziert werden.“ (https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html, letzter Zugriff 04.11.2023).

⁶¹ Das Phänomen *schädlicher Gebrauch* sollte nicht aus dem Fokus der Aufmerksamkeit medizinischer und sozialer Hilfesysteme verschwinden.

Außerdem bedarf es bei dieser Rubrik der Klarstellung, ob und wie weit die zunehmend bedeutsamen und wachsende fachliche Aufmerksamkeit findenden *nicht-stoffgebundenen* oder *Verhaltenssüchte* in die VOLE einbezogen sein sollen, was fachlich wünschenswert wäre.

Die ICD-11 führt die stoffgebundenen *und* die nichtstoffgebundenen Störungsbilder gemeinsam in der *Kategorie Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssüchte*⁶² auf.

Falls die Einbeziehung nicht-stoffgebundenen oder Verhaltenssüchte in die VOLE möglich werden soll, muss sich das in einer geeigneten Bezeichnung von Nummer 3 und guten Erläuterungen im Begründungstext niederschlagen.

Nummer 4 des Verordnungstextes bezieht sich auf *neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen, Affektive Störungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und tiefgreifende Entwicklungsstörungen*. Ausdrücklich ausgeschlossen durch Streichung sind *erhebliche Verhaltensstörungen*.

Grundsätzlich ist positiv zu bewerten, dass die veraltete Engführung auf die beiden Begriffe *Neurosen* und *Persönlichkeitsstörungen* aufgegeben wurde, zumal auch der Begriff *Neurosen* in der ICD-10 nicht mehr verwendet wird, allerdings noch das Adjektiv *neurotisch*. Der Begründungstext formuliert, dass die Veränderung in Anbetracht der aktuellen psychiatrischen Nomenklatur erfolgt.

Dass die *Affektiven Störungen*, die – wie oben dargelegt – zu Nummer 1 des Verordnungstextes gehören sollten, unter Nummer 4 aufgeführt sind, ist unverständlich.

Der ICD-10 Abschnitt *F4 Neurotische. Belastungs- und somatoformen Störungen* umfasst:

- F40 phobische Störungen
- F41 andere Angststörungen
- F42 Zwangsstörung
- F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- FF4 dissoziative Störungen
- F45 somatoforme Störungen
- F48 andere neurotische Störungen

Zum ICD-10-Abschnitt *F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren* gehören:

- F50 Essstörungen
- F51 Nicht-organische Schlafstörungen
- F52 Sexuelle Funktionsstörungen
- F53 Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett
- F54 psychische Faktoren oder Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Erkrankungen
- F55 Missbrauch von Substanzen, die keine Abhängigkeit hervorrufen
- F59 Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren

Aus dieser Liste von Störungen wurden nur die *Essstörungen* (ICD-10: F50) in Nummer 3 von § 4 VOLE aufgenommen. Der Ausschluss der anderen Kategorien (ICD-10: F51 bis F59) durch Nichterwähnung ist nicht begründet. Angesichts des Umstandes, dass hier kaum wesentliche Teilhabebeeinträchtigungen geltend gemacht bzw. Leistungen der Eingliederungshilfe beansprucht werden, darf auf eine ausgreifende Erörterung verzichtet werden. Aber im Hinblick auf den

⁶² Die ICD-10 kennt unter der Überschrift Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10: F6) das Störungsbild pathologisches Spielen (ICD-10: F63.0).

methodischen Verfahrenslablauf ist das zu beanstanden, weil es wie immer auf die Frage ankommt, ob und in welchem Umfang eine Teilhabebeeinträchtigung (Wesentlichkeit) vorliegt.

Zu den im ICD-10-Abschnitt F6 aufgeführten *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* gehören:

- F60 Persönlichkeitsstörungen
- F61 kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
- F62 andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Erkrankung des Gehirns
- F63 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
- F64 Störungen der Geschlechtsidentität
- F65 Störungen der Sexualpräferenz
- F66 Psychische und Verhaltensprobleme in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
- F68 andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F69 nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

Aus dieser Liste von Störungen sind nur die *Persönlichkeitsstörungen* (ICD-10: F60 und F61) in Nummer 4 von § 4 VOLE aufgenommen. Der Ausschluss der anderen diagnostischen Kategorien (ICD-10: F62 bis 69) durch Nichterwähnung ist nicht begründet worden. Im Hinblick auf die Kategorie F62 ist dem kategorischen Ausschluss zu widersprechen.

Angesichts des Umstandes, dass bei den anderen Kategorien wohl kaum wesentliche Teilhabebeeinträchtigungen geltend gemacht bzw. Leistungen der Eingliederungshilfe beansprucht werden, darf auf eine weitere Erörterung verzichtet werden. Dennoch ist das in methodischer Hinsicht zu beanstanden, weil es wie immer auf die Frage ankommt, ob und in welchem Umfang eine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung vorliegt.

Im Begründungstext sind die *erheblichen Verhaltensstörungen* durch Textstreichung ausgeschlossen. Bei allem Verständnis für die Sorge inflationärer Zunahme diesbezüglich begründeter Anträge ist nicht einzusehen, dass Kategorien der ICD-10 von vornherein ausgeschlossen werden. Abgesehen von dem immer wieder strapazierten Argument, dass es nicht auf Erheblichkeit einer Störung, sondern auf die Wesentlichkeit der Behinderung (Teilhabebeeinträchtigung) ankommt, ist darauf aufmerksam zu machen, dass die Aufnahme von Sachverhalten in die Klassifikationssysteme guten Gründen folgt und natürlich immer auch gegen die Gefahr ungerechtfertigter Überdehnungen abgewogen wird.

Dieser Ausschluss erheblicher Verhaltensstörungen aus § 4 Nummer 4 betrifft auch die nicht erwähnte ICD-10-Kategorie F9 *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend*.

Die ICD-10-Kategorie F8 *Entwicklungsstörungen* umfasst:

- F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
- F81 Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
- F82 Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen
- F83 kombinierte umschriebene Entwicklungsstörung
- F84 tiefgreifende Entwicklungsstörungen
- F88 andere Entwicklungsstörungen
- F89 nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung

Der Verordnungs- und der Begründungstext erwähnen nur die *tiefgreifenden Entwicklungsstörungen* (ICD-10: F84). Allerdings gehen nicht alle darunter aufgeführten Störungsbilder in der noch nicht verbindlichen ICD-11-Kategorie *Autismus-Spektrum-Störungen* auf, etwa das Rett-Syndrom. Erneut ist darauf hinzuweisen, dass hier der VOLE-Entwurf auf die noch nicht amtliche ICD-11 vorgreift⁶³. Die vielfältigen Probleme sind mehrfach angesprochen worden.

Aus dem Abschnitt *Umschriebene Entwicklungsstörungen* (ICD-10: F80) muss angesichts der schwerwiegenden Beeinträchtigungen mentaler Funktionen bei organischer Genese das seltene *Landau-Kleffner-Syndrom* (F80.3) in die Entwicklungsstörungen einbezogen werden.

Dass bei den hier aufgeführten diagnostischen Kategorien und Gruppen die ICD-11 später, nach amtlicher Inkraftsetzung für Deutschland, verschiedene Veränderungen in der Begrifflichkeit und in der Klassifikationssystematik bringt, versteht sich und bedarf im vorliegenden Kontext keiner ausführlicher Erörterung. Willkürliche oder eklektizistische Umstellungen diagnostischer Begriffe der ICD-10 auf die Begriffe der ICD-11 zum jetzigen Zeitpunkt verwirren die Anwenderinnen und Anwender. Überholte Begriffe aus ICD-8, ICD-9 oder aus anderen Klassifikationssystemen müssen aus der VOLE eliminiert werden.

Derzeit muss die Kompatibilität der VOLE mit der ICD-10 im Vordergrund stehen. Anders ausgedrückt: Es sollte nur auf ICD-10-Diagnosen Bezug genommen werden. Nur dort, wo zu einzelnen Aspekten die ICD-11 mehr Klarheit bringt als die ICD-10, könnten **Anmerkungen** im Sinne von Hintergrundinformationen diesbezügliche Hinweise geben. Aber es ist zu vermeiden, zum vorzeitigen „Umstieg“ auf die ICD-11 zu verführen. Insofern ist damit vorsichtig umzugehen.

Vorschlag

Es ist mit Nachdruck zu empfehlen, die Störungsbilder in der VOLE zum jetzigen Zeitpunkt durchgängig gemäß der ICD-10 zu bezeichnen und dabei zur Vermeidung von Verwechslungen auch den alphanumerischen Code zu verwenden⁶⁴.

Die Anwenderinnen und Anwender der VOLE sollten darauf aufmerksam gemacht werden, dass die ICD-10 zu einem derzeit noch nicht genau feststehenden Zeitpunkt durch die ICD-11 abgelöst werden wird. Vermutlich wird es dafür Algorithmen, Überleitungstabellen oder ähnliches geben. Der Einblick in die ICD-11, ihre Systematik, Begrifflichkeit, Kriterien, Definitionen usw. (sowohl in englischer als auch in deutscher Version) sowie die Verfolgung des Fortganges der Entwicklung kann durch Verlinkung mit den BfArM-Webseiten leicht vermittelt werden.

3.2.5 Die Begriffe Erheblichkeit und Wesentlichkeit in ihrer Beziehung zu diagnostisch-klassifikatorischen Kategorien

Im Folgenden soll aus medizinischer Sicht erörtert werden,

- ob für eine medizinische Diagnose Begriffe wie *Wesentlichkeit* oder *Erheblichkeit* bedeutsam sind und

⁶³ Eine praktische Schwierigkeit in diesem Kontext soll nicht unerwähnt bleiben: Aus hier nicht näher auszuführenden Gründen wird in der Fachwelt international fast ausschließlich nur noch der Begriff *Autismus-Spektrum-Störungen* verwendet. Diese Diskrepanz könnte in der VOLE leicht durch eine erklärende Fußnote angesprochen werden.

⁶⁴ Beispiel: Es soll die Feststellung des Vorliegens einer Verhaltensstörung dokumentiert werden, im angenommenen Fall etwa *Pathologisches Spielen*, das zu den Persönlichkeit- und Verhaltensstörungen (ICD-10: F6) gehört. Um jede Verwechslung mit einer anderen Form von Verhaltensstörung (etwa F7x.1) zu vermeiden, sollte diese Verhaltensstörung vollständig und ICF-10-konform als Pathologisches Spielen (F63.0) bezeichnet bzw. dokumentiert werden.

- ob aus einer vorliegenden medizinischen Diagnose unmittelbar auf eine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung geschlossen werden kann.

In diesem Zusammenhang sollen ausgewählte grundsätzliche Aspekte ausgeführt werden.

Diagnose und Krankheitsbegriff

Eine Diagnose oder eine diagnostische Kategorie bezeichnen – vereinfacht ausgedrückt – einen normabweichenden Zustand des Organismus⁶⁵. Eine medizinische Diagnose im Ergebnis des diagnostischen Prozesses bezieht sich im Allgemeinen auf eine *bestimmte* Krankheit, berührt also den *speziellen Krankheitsbegriff* (engl. *disease*).

In der Diskussion des medizinischen Krankheitsbegriffs, die vom lebensweltlichen Krankheitsbegriff abzugrenzen ist, steht dem speziellen Krankheitsbegriff der *allgemeine Krankheitsbegriff* gegenüber, der unabhängig von der bestimmten Krankheit eines Menschen die allgemeinen Merkmale von Krankheit (engl. *illness*) bestimmt.

Es ist unmöglich, an dieser Stelle den Stand der breiten und unabgeschlossenen Diskussion um den allgemeinen Krankheitsbegriff, die von philosophischen, anthropologischen, politischen, konzeptionellen und anderen Faktoren beeinflusst wird, wiederzugeben oder zusammenzufassen. Jedenfalls enthält der allgemeine Krankheitsbegriff neben den *objektiven Informationen* (Symptome, Befunde) auch Aspekte des *subjektiven Erlebens* und der *sozialen Auswirkungen*. Ein allgemeiner Krankheitsbegriff kann sich nicht auf naturalistische Kriterien, biomedizinische oder Funktionsaspekte beschränken. Die Unschärfen und definitorischen Diskrepanzen vorgeschlagener Merkmale des allgemeinen Krankheitsbegriffs verdeutlichen, dass nur ein spezieller Krankheitsbegriff in praktischer Hinsicht relevant ist (vgl. Helmchen 2005, S. 274).

Die Krankheitsbilder, Gesundheitsstörungen und Gesundheitsprobleme, die die Medizin heute kennt, sind in diagnostischen Klassifikationssystemen erfasst. Jedes Klassifikationssystem hinkt unvermeidlich dem aktuellen Stand der Wissenschaft hinterher. Anpassungen von Klassifikationssystemen an die erreichten Fortschritte des Wissens sind unvermeidlich, erfolgen aber in größeren Abständen.

Das derzeit in Deutschland verbindliche, weil amtlich eingeführte, Klassifikationssystem ist die *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* der Weltgesundheitsorganisation in 10. Revision (ICD-10). Die ICD ist gemäß den gesetzlichen Bestimmungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Deutschland zur *Verschlüsselung von Diagnosen* in der ambulanten und stationären Versorgung anzuwenden. Gemäß § 295 Abs. 1 und § 301 Abs. 2 SGB V sind alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten und Krankenhäuser zur Verschlüsselung der Diagnose anhand der diagnostischen Kategorien der ICD verpflichtet.

Neben dem Kapitel F der ICD gibt es für psychiatrische Diagnosen das *Klassifikationssystem Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen*, derzeit in fünfter Auflage (American Psychiatric Association 2013, Falkai et al. 2015) *der American Psychiatric Association*. Das DSM ist in Deutschland nicht offiziell verbindlich.

⁶⁵ Diagnosen sind keinesfalls Bezeichnungen für Menschen oder Menschengruppen. Dies ist besonders im Kontext psychischer Störungen mit Nachdruck zu betonen.

Die zentralen Definitionen in ICD-10, die ICD-11 und DSM-5

Die vollständige deutschsprachige Bezeichnung der ICD-10 verwendet den Begriff *Gesundheitsprobleme*. Infolge der Formulierung „und verwandter Gesundheitsprobleme“ gewinnt der Begriff Gesundheitsprobleme implizit die Bedeutung eines Oberbegriffs im Klassifikationssystem ICD-10.⁶⁶

Die ICD-10 umfasst 22 Kapitel:

- Die Kapitel I bis XVII enthalten die diagnostischen Kategorien, also die „amtlichen“ Bezeichnungen für *Krankheiten und Gesundheitsprobleme*.
- Kapitel XVIII umfasst *Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde*, die andernorts nicht klassifizierbar sind (R00 – R99).
- Kapitel XIX enthält Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen,
- Kapitel XX äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität, Kapitel XXI Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen. Das Kapitel XXII führt Schlüsselnummern für besondere Zwecke auf.

Eine Besonderheit weisen das *ICD-10-Kapitel V (F) Psychische und Verhaltensstörungen* und das DSM-5 auf: Sie vermeiden durchgängig den Begriff *Krankheit* und ersetzen ihn durch den Begriff *Störung* (engl.: *disorder*). Die einführenden Beschreibungen des übergeordneten kategorialen Begriffs psychische Störung sowohl im DSM-5 als auch in der ICD-11 erwähnen in allgemeiner Form die Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit. Insoweit hat der Begriff gewisse Beziehungen zum allgemeinen Krankheitsbegriff.

Zum Begriff der *psychischen Störung* wird in der ICD-10 ausgeführt: „Der Begriff ‘Störung’(disorder) wird in der gesamten Klassifikation verwendet, um den problematischen Gebrauch von Ausdrücken wie ‘Krankheit’ oder ‘Erkrankung’ weitgehend zu vermeiden. ‘Störung’ ist kein exakter Begriff; seine Verwendung in dieser Klassifikation soll einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten anzeigen, der immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- und sozialen Ebene mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden ist, sich aber nicht auf der sozialen Ebene allein darstellt.“ (Dilling et al. 1991, S. 19).

Das dem Kapitel V (F) der ICD-10 inhaltlich entsprechende Kapitel 06 der ICD-11 heißt in vorläufiger deutschsprachiger Übersetzung *Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen*.

Die allgemeine Beschreibung zum Inhalt des Kapitels lautet: „*Psychische Störungen, Verhaltensstörungen und neuronale Entwicklungsstörungen sind Syndrome, die durch eine klinisch bedeutsame Störung der Kognition, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person gekennzeichnet sind, die eine Störung der psychologischen, biologischen oder entwicklungsbedingten Prozesse widerspiegelt, die den psychischen und verhaltensbezogenen Funktionen zugrunde liegen. Diese Störungen sind in der Regel mit Stress oder Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verbunden.*“

⁶⁶ Dies korrespondiert mit der Verwendung des Begriffs Gesundheitsproblem in der ICF (WHO 2001). In der deutschsprachigen ICF-Fassung heißt es: „Gesundheitsprobleme (Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen usw.) werden innerhalb der Internationalen Klassifikationen der WHO hauptsächlich in der ICD-10 [...] klassifiziert, die einen ätiologischen Rahmen liefert...“ (ICF/Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 4).

Die Ausführungen zum Begriff *Störung* im DSM-5 (American Psychiatric Association 2013, Falkai et al. 2015) sind etwas ausführlicher. Sie ähneln weithin denen der ICD-11 (WHO 2019): „*Eine psychische Störung ist als Syndrom definiert, welches durch klinisch bedeutsame Störungen in den Kognitionen, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person charakterisiert ist. Diese Störungen sind Ausdruck von dysfunktionalen psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen, die psychischen und seelischen Funktionen zugrunde liegen. Psychische Störungen sind typischerweise verbunden mit bedeutsamem Leiden oder Behinderung hinsichtlich sozialer oder berufs-/ausbildungsbezogener und anderer wichtiger Aktivitäten*“ (Falkai et al. 2015, S. 27).

Die Nichtberücksichtigung der Auswirkungen auf die Teilhabe

In der ICD-10 heißt es ausdrücklich: „*In dieser Klassifikation ist eine Beeinträchtigung der sozialen Rolle nicht als wesentliches Merkmal für eine Diagnose zu verwenden. Dagegen werden psychische Beeinträchtigungen als wichtige psychiatrische Symptome angesehen. Dies gilt auch für individuelle Behinderungen, die im WHO-System [ICIDH. M. S.] als verminderte Bewältigungsfähigkeit von Alltagsaktivitäten wie Waschen, Ankleiden, Essen und Körperhygiene angesehen werden. Störungen in diesen Bereichen sind meist direkte Folge psychischer Beeinträchtigungen und werden wenig oder gar nicht kulturell beeinflusst. Daher zählen individuelle Behinderungen berechtigterweise zu den diagnostischen Leitlinien und Kriterien (insbesondere der Demenz)*“ (Dilling et al., S. 23).

In der ICD-10 heißt es zur Verbindung mit Beeinträchtigung, Behinderung und Handikap [Begrifflichkeit der ICIDH. M.S], dass Auswirkungen der Krankheit auf die Teilhabe keine Relevanz für die Anwendung einer bestimmten diagnostischen Kategorie haben. Für die Demenz wird ausdrücklich formuliert, dass die Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit das grundlegende Merkmal ist. Danach heißt es weiter: „*Die daraus entstehenden Konsequenzen für die Bewältigung sozialer Aufgaben in der Familie oder am Arbeitsplatz werden jedoch nicht als diagnostisches Merkmal verwendet.*“ (Dilling et al. S. 22).

Im DSM-5 wird zu den Auswirkungen der Feststellung einer Diagnose ausdrücklich festgestellt: „*Diese [oben zitierte. M. S.] Definition von psychischen Störungen wurde für klinische Forschungszwecke und das öffentliche Gesundheitswesen entwickelt. Zusätzliche Informationen [...] sind üblicherweise für forensische Beurteilungen erforderlich ...*“ (Falkai et al., S. 27)⁶⁷. An anderer Stelle führt das DSM-5 aus: „*Gerade weil Beeinträchtigungen, Fähigkeiten und Behinderungen innerhalb jeder diagnostischen Kategorie beträchtlich variieren, bedeutet die Vergabe einer bestimmten Diagnose noch nicht, dass auch ein spezifisches, rechtlich relevantes Ausmaß von Beeinträchtigung oder Behinderung vorliegt.*“ (Falkai et al., S. 34). Es ist im Einklang mit den vorstehenden Ausführungen erst kürzlich prononciert darauf aufmerksam gemacht worden, dass weder die ICD noch das DSM für rechtliche Fragestellungen konzipiert wurden; ergänzt durch den Hinweis, dass diagnostische Klassifikationssysteme einem schnelleren Wandel als die Rechtsprechung unterliegen (Saß & Cording 2021).

Die WHO hat darauf, dass eine ICD-Kategorie keine ausreichende Information über die Funktionsfähigkeit liefert, damit reagiert, dass sie der ICD in der *Nachfolge der Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH)* (WHO 1980) (Matthesius et al. 1980) seit Anfang der 2000er Jahre die *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)* (WHO 2001) (Deutsches Institut der

⁶⁷ Mit dem Begriff *forensisch* sind hier, wie aus dem Kontext der Ausführungen hervorgeht, nicht nur strafrechtliche Aspekte, sondern auch sozialrechtliche und ähnliche Aspekte umfasst.

Medizinischen Dokumentation und Information 2005) als komplementäres Instrument an die Seite gestellt hat.

Die ICD-11 der WHO enthält einen *Ergänzenden Abschnitt für die Einschätzung der Funktionsfähigkeit*. Die Beschreibung dieses Abschnitts in der vorläufigen deutschsprachigen Übersetzung führt aus: „*Der Abschnitt ermöglicht die Erstellung von Funktionsprofilen und Gesamtfunktionswerten von Personen, die geeignet sind, den Grad der Funktionsfähigkeit in Zusammenhang mit einer Gesundheitsstörung zu beschreiben und zu quantifizieren. Als Leitfaden für die Funktionsbewertung enthält der Abschnitt zwei von der WHO entwickelte ICF-basierte Instrumente: den WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0 - 36 Items) und den Model Disability Survey (MDS). Ergänzt wird der Abschnitt durch eine allgemeine Zusammenstellung von Funktionskategorien mit hoher Erklärungskraft, die aus der ICF (Anhang 9) abgeleitet sind*⁶⁸. Es geht dabei vor allem um die Auswirkungen von Krankheit oder Störung auf die Funktionen, nicht auf die Teilhabe.

Ein wohlbekanntes Risiko besteht darin, dass diagnostische Kategorien zu weit gefasst sind und dadurch die Gefahr besteht, dass das zu Pathologisierungen oder Medikalisierungen banaler Gesundheitsproblemen ohne „Krankheitswert“ beiträgt.

Das DSM-5 versucht, diesem Risiko dadurch zu begegnen, dass in allgemeiner Weise ein Schwellenwert eingeführt wird: „*Um in derartigen Situationen die Schwelle für eine Diagnose festzulegen, wurden generische diagnostische Kriterien für Leiden und Behinderung eingeführt.*“ (Falkai et al., S. 28). Das Kriterium für Leiden oder Behinderung wird typischerweise damit umschrieben, dass die Störung „*in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen*“ (Falkai et al. 2015, S. 28) verursacht.

Die diagnostischen Kategorien der ICD-10-Kapitel I bis IV und der Kapitel VI bis XII, die die somatischen Krankheiten bzw. Gesundheitsprobleme umfassen, enthalten *keine* expliziten Kriterien für die Zuordnung eines individuell vorliegenden Gesundheitszustandes zu einer bestimmten diagnostischen Kategorie, gleichfalls keine Aussagen über die Beziehungen der Teilhabe.

Offenkundig wird vorausgesetzt, dass in der somatischen Medizin die biomedizinischen Kriterien von objektiver Qualität sind, und dass in der Fachwelt ein hinreichender Konsens über die Zuordnungsregeln besteht.

Völlig anders verhält es sich mit den diagnostischen Kategorien im Kapitel V *Psychische und Verhaltensstörungen*. Angesichts unterschiedlicher nationaler Denktraditionen und psychiatrischer Schulen und verschiedener soziokulturell geprägter Verständnisse und Bewertungen von Verhaltensmustern sind Festlegungen zu den relevanten Merkmalen unumgänglich, um sich dem Ziel übereinstimmender diagnostischer Beurteilungen wenigstens zu nähern. Deshalb zählt das Kapitel V für die jeweiligen diagnostischen Kategorien diejenigen Merkmale auf, die vorliegen müssen, um eine bestimmte diagnostische Kategorie in Anspruch nehmen zu können.

Es sind *psychopathologische Merkmale* aus dem Bereich des Verhaltens und Erlebens sowie *Zeitkriterien* (Beginn, Dauer einer und zeitliche Präsenz der psychopathologischen Symptomatik in einer Zeiteinheit).

⁶⁸ https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html (letzter Zugriff 4.11.2023).

Positive biomedizinische Befunde aus der somatisch-klinischen oder neurologisch-klinischen Untersuchung oder aus der technisch-instrumentellen bzw. Labordiagnostik ordnen – sofern sie den psychopathologisch charakterisierten Zustand ätiologisch-pathogenetisch erklären können – in der ICD-10 das Zustandsbild dem Abschnitt der *organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen* (F0) zu.

Die adäquate Diagnose der Störungen im Abschnitt *Organische einschließlich symptomatische psychische Störungen* (ICD-10: F0) umfasst sowohl das psychopathologische Syndrom als auch die zugrundeliegende organische Ursache, Krankheit, Funktionsstörung etc. Fehlen solche biomedizinischen Befunde, die das Zustandsbild *körperlich begründen* können, erfolgt üblicherweise die diagnostische Einordnung unter den Kategorien der anderen Abschnitte (ICD-10: F2 bis F99). Bei den Störungsbildern des Abschnittes *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* (ICD-10: F1) kommt es neben der Symptomatik auf die psychotrope Substanz an.

Zur Verschiedenheit des medizinischen und des juristischen Krankheits- und Störungsbegriffs

Von größter Bedeutung für den Umgang mit dem Krankheits- und mit dem Störungsbegriff im sozialrechtlichen Kontext ist die Anerkennung der *substanziellen Differenz* zwischen den medizinischen und den juristischen Perspektiven. Die Autoren Saß und Cording sprechen von „naturgemäßen Friktionen zwischen juristischem und medizinischem Krankheits- bzw. Störungsverständnis, in Abhängigkeit weniger von wissenschaftlichen Erkenntnissen, sondern vielmehr von normativen Zwecken und gesellschaftlichem Zeitgeist“ (Saß & Cording, 2021, S. 6). Diese Aspekte können hier nur skizziert, nicht gründlich ausgeführt werden.

So ist beispielsweise der zivilrechtliche Krankheitsbegriff, der auf das Vorliegen einer „geistigen Anomalie“ abhebt, nicht naturwissenschaftlich-medizinischer Art, sondern normativer Art. Ihm zufolge ist die geistige Störung ohne Berücksichtigung der Ursachen final festzustellen (Staudinger & Klumpp 2017). Die in diesem Kontext anzutreffende Terminologie wie „geistige Anomalie“ oder „Geistesstörung“ ist semantisch nicht mit den korrespondierenden Kategorien der Psychiatrie kompatibel (Saß & Cording, 2021).

Teilhabe

Teilhabe ist einerseits ein in der ICF definierter Begriff, kann aber andererseits in der Anwendungspraxis nur unter Berücksichtigung der individuellen Interessen, Wünsche, Lebenswelt, Lebenslage, Werte usw. der jeweiligen Person konkretisiert und präzisiert werden. Dabei muss auch dem Umstand Rechnung getragen werden, dass derartige individuelle Dispositionen sich dynamisch verändern können.

3.3 Sozialwissenschaftliche Beurteilung der Änderungen, insbesondere im Prozess zur Entscheidung über die Leistungsberechtigung

3.3.1 Sozialwissenschaftliche Beurteilung von Veränderungspotenzialen der VOLE

Neben einer teilstandardisierten Erhebung im Rahmen der Fallbearbeitungen wurden die potenziellen Änderungen in der Praxis, die mit Inkrafttreten der VOLE einhergehen würden, im direkten Austausch mit Praktikerinnen und Praktikern qualitativ untersucht. Erkenntnisse aus den unterschiedlichen Erhebungen und Analysen zu der

- Fallbewertung in den Fallstudien auf Basis der VOLE sowie der
- Diskussion des Verordnungstexts und seinen Formulierungsalternativen

sind nachfolgend dargestellt.

3.3.1.1 Fallbewertung in den Fallstudien auf Basis der VOLE

Um Aussagen darüber zu treffen, wie sich die VOLE in der Praxis auf den Personenkreis auswirken könnte, wurde die Fallbewertung (positive oder negative Bewertung der Leistungsberechtigung) der insgesamt acht prototypischen Fallvignetten im Abgleich mit der Beurteilung nach EinglHV untersucht.

Unterschiedlichkeit der Entscheidungen

Die **Heterogenität der Beurteilung des Leistungszugangs** durch die Praktikerinnen und Praktiker, die bereits in der Fallbewertung nach EinglHV deutlich wurde (vgl. Kap. 2.3.3), zeigt sich auch bei der Fallbearbeitung anhand der VOLE. Über die unterschiedlichen Fallkonstellationen in den Vignetten hinweg zeigen sich zum Teil geringfügige, zum Teil aber auch deutliche **Abweichungen von einer einheitlichen Entscheidung**.

Es gibt **Veränderungen in der Entscheidungspraxis** bei Praktikerinnen und Praktikern **aller in die Stichprobe einbezogenen Länder**. Es zeigt sich für alle Fallkonstellationen in mindestens einem Land ein Entscheidungswechsel, für die meisten Fallvignetten jedoch in jeweils fünf Ländern. Praktikerinnen und Praktiker aus zwei der Länder wechseln weniger oft, beim Großteil der Länder aus der Stichprobe ist ein Entscheidungswechsel für mindestens fünf Fallvignetten feststellbar, wobei dieser teilweise nur sehr geringfügig ausfällt.

Richtungen der Veränderungen bei den einzelnen Fallvignetten

Im Abgleich der Entscheidungen der Teilnehmenden über den Leistungszugang anhand der Fallvignetten zeigen sich einige Unterschiede zwischen der Bearbeitung nach EinglHV und nach VOLE. Eine Tendenz **von einer negativen hin zu einer positiven Entscheidung** über den Leistungszugang ist bei einigen Teilnehmenden zu beobachten für die Fallvignetten

- 1 (Lernbehinderung und Verhaltensprobleme),
- 2 (Kind mit Diabetes mellitus Typ 1) und
- 5 (Depression, Polyartikuläre Beschwerden).

Einige Entscheidungsveränderungen **von einer positiven Entscheidung hin zu einer negativen Entscheidung** über die Leistungsberechtigung zeigen sich bei den Fallvignetten

- 3 (Arbeit mit geistiger Behinderung) und
- 6 (Lernbehinderung, Entwicklungsstörung).

Geringfügige Veränderungen in eine bzw. beide Richtungen zeigen sich bei den Fallvignetten

- 4 (Schwere, beidseitige Coxarthrose, Ess- und Angststörung),
- 7 (Abhängigkeitserkrankung) und
- 8 (Lernbehinderung).

Bei den Fallvignetten 4 und 7 hebt sich der Effekt der Wechsel auf die Gesamtverteilung in der Entscheidung auf, es gibt ebenso viele Wechsel von einer positiven zu einer negativen Entscheidung wie von einer negativen zu einer positiven Entscheidung.

Die **Entscheidungsbegründungen** derjenigen, die ihre Entscheidung auf Grundlage der VOLE ändern, nehmen auf unterschiedliche Vorschriften und Merkmale der in den Fallkonstellationen beschriebenen Personen Bezug.

Mit Blick auf eine Entscheidungsveränderung von einer Nichterfüllung hin zu einer Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen zeigt sich, dass als Begründungen für die unterschiedlichen Fallkonstellationen insbesondere die Formulierung „Einschränkungen der Anpassungsfähigkeit in kognitiven, sozialen und alltagspraktischen Bereichen“ (§ 3 VOLE) in der Begründung angeführt wird, während nach EinglHV in einigen Fällen keine wesentliche Behinderung festgemacht wird oder auf diagnostische Uneindeutigkeit hingewiesen wird (Fallvignette 1). Auch für Fallvignette 2 wird in der positiven Begründung stärker auf Kontextfaktoren verwiesen, die sich in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren auf die Teilhabe auswirken. Darüber hinaus wird jedoch auch explizit auf einzelne Kriterien verwiesen (§ 2 (3)). Hier ist allerdings auffällig, dass nach EinglHV zuvor öfter auf die Zuständigkeit anderer Träger (Krankenkassen, Jugendamt) verwiesen wird. Dies kann möglicherweise durch Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker begründet sein.

Bei den Entscheidungen, die nach VOLE im Vergleich zur EinglHV keine Leistungsberechtigung mehr bestätigen, wird in den Begründungen vor allem darauf verwiesen, dass das Eintreten der Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen nicht in der frühen Entwicklungsphase erfolgt ist. Darüber hinaus wird die Erheblichkeit des Krankheitstatbestandes in Frage gestellt oder die Diagnose nicht als von der VOLE eindeutig abgedeckt bewertet (Fallvignetten 3 und 6). Hier wurde zuvor nach EinglHV eine (drohende) wesentliche Behinderung festgestellt.

Für die weiteren, geringfügigen Entscheidungsveränderungen sind keine eindeutigen Muster festzustellen. Bei der Fallbearbeitung nach VOLE wird der Entscheidungswechsel u. a. mit einer fehlenden Wesentlichkeit der Teilhabebeeinträchtigung, einer fehlenden Erheblichkeit des Krankheitstatbestandes, der Zuständigkeit anderer Träger, aber auch bestimmten Diagnosen sowie dem Vorhandensein von Kontextfaktoren, die sich negativ auf die Teilhabe auswirken, begründet.

Veränderungen in der Gesamtschau – Quantität, Richtung und Einheitlichkeit

Insgesamt gibt es über alle Fallkonstellationen und Praktikerinnen und Praktiker hinweg **über 60 Wechsel** (bei über 400 Entscheidungen). Diese Veränderungen fallen **für einzelne Fallvignetten prägnanter aus als für andere** (von einzelnen bis zu über 10 Wechseln).

Bei der Beurteilung der rechtlichen Voraussetzungen nach der VOLE sind anteilig weniger Personen in der Stichprobe der Auffassung, dass der allgemeine Behinderungsbegriff des § 2 SGB IX bei der Anwendung des § 99 SGB IX eine große Rolle (im Unterschied zu einer mittleren oder keiner Rolle) spielt als bei der Beurteilung anhand der EinglHV. Dass er eine Rolle spielt, wird aber weiterhin von der großen Mehrheit der Teilnehmenden bestätigt.

Die Praktikerinnen und Praktiker geben andererseits an, nach EinglHV und VOLE die einzelnen Tatbestände des § 2 SGB IX bei der Anwendung des § 99 SGB IX zu prüfen. Auf Grundlage der VOLE, werden nach der Stichprobe die Tatbestandsmerkmale beider Regelungen jedoch von weniger Personen gemeinsam geprüft. Die überwiegende Mehrheit prüft alle Tatbestandsmerkmale des § 2 Abs. 1 SGB IX, auffällig ist hier im Vergleich nur ein Anstieg derjenigen, die die Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren auf Grundlage der VOLE prüfen. In den Validierungsworkshops konnten die zum Teil widersprüchlichen Ergebnisse auf unterschiedliche Arbeitsanweisungen Erfahrungen und Verwaltungsroutinen zurückgeführt werden.

Bringt man die rechtliche Würdigung und Verwaltungspraxis in einen Zusammenhang mit der Entscheidung über den Leistungszugang anhand der Fallvignetten, so ist auffällig, dass unter denjenigen, die eine negative Entscheidung über die Fallkonstellationen treffen (mit Ausnahme von Fallvignetten 1 und 3) deutlich häufiger allein auf Diagnose und/oder Testpsychologie stützen und weniger häufig auf Sozialberichte als diejenigen, die eine Leistungsberechtigung feststellen. Darüber hinaus zeigen sich jedoch zwischen Positiv- und Negativ-Entscheidungen keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich des Verständnisses von Wesentlichkeit und Erheblichkeit oder der Prüfung von Teilhabe- und Alltagseinschränkungen.

Die veränderte Beurteilung des Leistungszugangs führt entweder dazu, dass mehr Praktikerinnen und Praktiker eine positive Entscheidung über den Leistungszugang treffen, oder dass mehr Praktikerinnen und Praktiker eine negative Entscheidung über den Leistungszugang treffen – oder die Verteilung durch Wechsel in beide Richtungen unverändert bleibt. In der Gesamtschau zeigt sich jedoch **kein eindeutiges Ergebnis für eine definitive Richtung der Veränderung**.

Betrachtet man die gesamte Stichprobe der Praktikerinnen und Praktiker, kommen sie **bei der Fallbearbeitung anhand der VOLE zu einheitlicheren Ergebnissen**, d. h. es gibt jeweils eine deutlichere Mehrheit für eine positive oder negative Entscheidung.

3.3.1.2 Weitere Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess

Die empirischen Ergebnisse zeigen neben Veränderungspotenzialen des leistungsberechtigten Personenkreises auf Grundlage der VOLE auch, dass neben der Verordnung (EinglHV oder VOLE) **weitere Faktoren wesentlichen Einfluss auf den Entscheidungsfindungsprozess** nehmen. Es ist anzunehmen, dass diese Einflussfaktoren über eine Einführung der VOLE hinaus bestehen bleiben.

Diese Erwartung wird auch explizit von den Praktikerinnen und Praktikern hervorgehoben, die dies damit begründen, dass **weitere Arbeitsunterlagen** zur Bestimmung der Leistungsberechtigung relevant sind, wie etwa Richtlinien, die BAGüS-Orientierungshilfe, Praxisanleitungen und weitere (bundeslandspezifische) Instrumente (wie etwa Fachanweisungen oder Kooperationsvereinbarungen mit anderen Trägerinnen und Trägern). Im Ergebnis entstehen, so wird es in den Diskussionen mit den Praktikerinnen und Praktikern deutlich, **mehr oder weniger formalisierte Arbeitsweisen und Verfahrensroutinen**, die sowohl zwischen den Ländern als auch innerhalb der Länder zum Teil sehr heterogen sind. Dies bestätigt auch den Eindruck, der durch die begleitende Befragung zur aktuellen Verwaltungspraxis im Rahmen der postalischen Fallbearbeitung gewonnen werden konnte (z. B. unterschiedlicher Stellenwert der medizinischen Unterlagen, unterschiedliche Rolle der ICF; siehe Kap. 2.3.1).

Diese Uneinheitlichkeit ist in unterschiedlichen diskutierten Aspekten evident. So ist zum Beispiel die **Bewertung von Leistungsberechtigung und Bedarfsermittlung** in einigen Fällen stark verschränkt, in anderen Fällen erfolgt diese getrennt (siehe auch Kap. 2.3.1). Auch der **Umgang mit Testpsychologie** variiert stark, einige Praktikerinnen und Praktiker erachten eine quantitative Definition als notwendig, andere stehen der Aussagekraft von Testergebnissen für die Beurteilung der Leistungsberechtigung sehr kritisch gegenüber. Welche Unterlagen als relevant erachtet werden für die Feststellung und welche Informationsqualität in der Regel von diesen zu erwarten ist, hängt auch davon ab, **wie und mit welchen weiteren Akteuren zusammengearbeitet wird**. Ebenso zeigen sich unterschiedliche Positionen bei diskutierten Grenzfällen mit Blick auf die **Unterscheidung zwischen geistiger und psychischer Beeinträchtigung** (z. B. bei Personen mit Autismus-Spektrum-Störung) oder die **Verantwortlichkeit anderer Kostenträger**. Diese Debatten spielen nicht nur bei

der Abbildung des Status quo eine Rolle, sondern auch in der Diskussion der VOLE und wie sie in der Praxis anzuwenden wäre.

Aus den Diskussionen geht zudem hervor, dass es **je nach fachlichem Hintergrund** der Feststellenden zu unterschiedlichen Bewertungen kommen kann. So wird etwa davon berichtet, dass Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter teilweise zu „konservativeren“ Bewertungen kommen (d. h. Anträge eher ablehnen) als Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Aus den im Rahmen der Fallstudien erhobenen Daten lässt sich aber auf Basis der qualitativen Untersuchung und deshalb einer limitierten Stichprobengröße **kein belastbarer Zusammenhang zwischen beruflicher Funktion der Teilnehmenden und der Entscheidung über den Leistungszugang** herstellen. Dennoch wird in den Diskussionen beispielsweise deutlich, dass Personen mit medizinischem Hintergrund standardisierten Testverfahren kritischer gegenüberstehen (insbesondere dem IQ-Test), während sich Personen, die einen verwaltungstechnischen bzw. -wissenschaftlichen Hintergrund haben, sich stärker an definierten Grenzwerten orientieren. So urteilt zum Beispiel eine Teilnehmerin bzw. ein Teilnehmer in den Validierungsworkshops:

„Man kann es so oder so auslegen, je nachdem wo man steht. Man kann nicht differenzierter rangehen [anhand der VOLE], sondern es hat viel mit der eigenen Haltung der Bearbeitenden zu tun. Die Verordnung hilft nicht wirklich mehr als vorher.“

Darüber hinaus berichten einige der Praktikerinnen und Praktiker in der Stichprobe, dass **durch das Bundesteilhabegesetz bereits Veränderungen in der Praxis vollzogen sind**, unter anderem umfasst dies das veränderte Verständnis der Wesentlichkeit der Behinderung (z. B. Personenzentrierung, Prüfung der Umweltfaktoren). Viele Reformen der Eingliederungshilfe, die in der neuen Verordnung textlich aufgegriffen werden, befinden sich praktisch demnach ohnehin schon in Umsetzung. Somit kommt der VOLE im Verhältnis eine andere Bedeutung zu, wie folgende Äußerung verdeutlicht:

„Vor 10 bis 15 Jahren hatte die EinglHV einen höheren Stellenwert, als es im SGB XII war. Heute ist das anders. Die VOLE hat einen anderen Stellenwert, andere Faktoren rund herum haben sich auch geändert, durch das BTHG kam es schon zu Änderungen.“

Hier unterscheidet sich jedoch auch **die jeweilige Ausgangslage in den Ländern und der Grad der vollzogenen Reformen im Sinne der Umsetzung des BTHG**. So wird zum Beispiel aus einem Land berichtet, dass bereits seit drei Jahren konsequent mit der neuen Terminologie des § 99 SGB IX und anhand der ICF gearbeitet wird, um eine bedarfsgerechte Umsetzung des Bedarfsermittlungsinstrumentes sicherzustellen.

Aufgrund dieser und möglicher weiterer Einflussfaktoren ist **eine gänzlich isolierte Betrachtung des Effektes der VOLE auf den leistungsberechtigten Personenkreis nicht uneingeschränkt möglich**. Vielmehr legen diese Ergebnisse nahe, dass bei einzelnen Trägerinnen und Trägern als auch in Ländern etablierte und formalisierte Arbeitsweisen, individuelle, durch die Fachausbildung bedingte Perspektiven und die Auslegung des rechtlichen Rahmens in Gänze wesentlichen Einfluss auf den Entscheidungsprozess nehmen.

3.3.2 Diskussion des Verordnungstexts und seiner Formulierungsalternativen für § 3

Im Rahmen der sozialwissenschaftlichen Erhebungen wurden auch die Ausgangsformulierung und ihre zwei **Formulierungsalternativen für § 3 VOLE** (Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen, zu den Unterschieden siehe Kap. 1.3.2.3) untersucht. Mit der ersten Alternative für § 3 VOLE (bzw. der „Grundformulierung“) wurde bereits in den Fallstudien gearbeitet. Für die anderen

zwei Alternativen wurden die vorgeschlagenen Änderungen hervorgehoben und in den Validierungsworkshops mit Praktikerinnen und Praktikern aus der Eingliederungshilfe, die an den Fallstudien teilgenommen hatten, diskutiert.

3.3.2.1 Verordnungstext in der Ausgangsformulierung (Alternative I)

Übergreifende Bewertung der Ausgangsformulierung

Aus Sicht einiger Teilnehmenden gibt es im vorliegenden Verordnungstext der VOLE punktuell **Konkretisierungsbedarf und Verbesserungspotenziale**.

So wird von einzelnen Praktikerinnen und Praktikern geäußert, dass **unbestimmte Rechtsbegriffe** für die praktische Anwendung präzisiert bzw. definiert werden sollten. Dies betrifft insbesondere die Begriffe der Wesentlichkeit der Teilhabebeeinschränkung und Erheblichkeit des Krankheitsstatbestands.

An anderer Stelle wird ein Konkretisierungsbedarf zur Erleichterung der Feststellung sowie ein **Wunsch nach greifbareren Kriterien** geäußert (z. B. mit Blick auf die Definition der „frühen Entwicklungsphase“). Außerdem wird von einigen der Befragten in den Fallstudien geäußert, dass **fehlende Informationen**, wie etwa zum Umgang mit individuell nicht wesentlichen, aber in der Summe vorliegenden wesentlichen Teilhabebeeinschränkungen, die Beurteilung erschweren. Ebenso wird von Teilnehmenden in den Validierungsworkshops geäußert, dass es im Verordnungstext an Kriterien für die Prüfung der „Aussicht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann“, mangelt.

Auch beeinträchtigen **Satzstruktur und -länge des Verordnungstexts** die Verständlichkeit.

Weiterhin stellen die Praktikerinnen und Praktiker auch **Kontinuitäten** fest. Bestehen bleibt die Herausforderung, dass einige der **Rechtsbegriffe aus § 99 SGB IX unbestimmt bleiben**. Gleichermäßen stellen die Praktikerinnen und Praktiker auch weiterhin **Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von SGB V, SGB VIII und SGB IX** sowie bei der Feststellung einer drohenden Behinderung fest. Aus den Diskussionen geht zudem hervor, dass aus der VOLE ein – wie bereits aus der EinglHV – **kategorisches Verständnis von Behinderung** gelesen wird. Der Behinderungsbegriff wird zwar geöffnet, aber durch die „Erheblichkeit“ des Krankheitsstatbestands potenziell wieder eingegrenzt. Entsprechende Unschärfen aus Sicht der Praktikerinnen und Praktiker könnten zu Unsicherheiten verursachen, die **restriktiveres Entscheidungsverhalten zur Folge haben**, zum anderen **aber auch Ermessensspielräume öffnen**.

Die Praktikerinnen und Praktiker äußern auch einige individuelle **Bewertungen der Fallbearbeitungen im Vergleich**. Einige Teilnehmenden nehmen die Fallbearbeitung anhand der VOLE **als leichter wahr** als die Fallbearbeitung anhand der EinglHV. Andere Praktikerinnen und Praktiker äußern jedoch, dass auch der erhöhte Detailgrad und die Spezifizierungen in der VOLE **nicht unbedingt zu größerer Klarheit** führen würden. Ein Grund dafür seien die weiterhin bestehenden **Unschärfen und die Prämisse der Einzelfallbetrachtung**.

Mögliche Auswirkungen der Formulierungen auf den leistungsberechtigten Personenkreis

Potenziale der möglichen Veränderungen des leistungsberechtigten Personenkreises durch die VOLE wurden auch in den an die zweite Fallbearbeitung jeweils anschließenden Diskussionsrunden sowie in den Validierungsworkshops mit den Praktikerinnen und Praktikern thematisiert. Hier werden vereinzelt konkrete Veränderungspotenziale des leistungsberechtigten Personenkreises in der VOLE

angeführt. Übergreifend **öffnen dementsprechend unklare Formulierungen den Raum für Interpretation** durch die Fallbearbeitenden, was Implikationen für den leistungsberechtigten Personenkreis haben kann. Außerdem stellen die Praktikerinnen und Praktiker fest, dass die Aufzählung von Diagnosen möglicherweise nicht hilfreich für die Feststellung der Leistungsberechtigung ist. Diagnosen allein seien demnach nicht ausreichend und eine Nennung dieser begünstige potenziell eine Veränderung des leistungsberechtigten Personenkreises.

Mit Blick auf die einzelnen Vorschriften bringen die Teilnehmenden weitere Veränderungspotenziale an. Die Regelungen zu den Beeinträchtigungen der körperlichen Funktionen könnte durch § 2 (6) VOLE **mehr Krankheitsbilder umfassen**, was Auswirkungen auf den leistungsberechtigten Personenkreis hätte. In § 3 VOLE ist die Formulierung **allgemein gehalten und die Feststellung damit schwieriger**, so die Praktikerinnen und Praktiker. Dies könnte den leistungsberechtigten Personenkreis deutlich erweitern, insbesondere, wenn es z. B. keine weiteren Regelungen bezüglich einer IQ-Grenze gibt. Außerdem ist das in § 4 **umschriebene Belastungsfeld sehr groß**, sodass in Zukunft mehr Personen darunterfallen könnten (z. B. Personen mit Sucht- bzw. Abhängigkeitserkrankungen).

Die VOLE wird von einigen Praktikerinnen und Praktikern im Vergleich zur EinglHV **als moderner in ihrer Formulierung** und als im Wortlaut stärker an der ICF orientiert wahrgenommen, als weiterer wichtiger Unterschied wird die Änderung der Bedeutung der Wesentlichkeit (vom Grad der Beeinträchtigung hin zu Teilhabe) festgestellt. Hierzu wird aber auch von einigen Praktikerinnen und Praktikern festgestellt, dass sie von diesen Unterschieden ausgehend **keine Veränderung des leistungsberechtigten Personenkreises erwarten**. So wird in einer der Fallstudien berichtet:

„Es gibt Unterschiede in den Begriffen, aber nicht in der Bedeutung. Der wesentliche Sinn hat sich nicht verändert.“ (Zitat aus einer Fallstudie)

„Es wurden einfach ein paar Sätze aus der ICF hinzugefügt. Das sind ja oft redaktionelle Anpassungen.“ (Zitat aus einer Fallstudie)

Insgesamt geht aus den Diskussionen hervor, dass die **Praktikerinnen und Praktiker unterschiedliche Einschätzungen zum Veränderungspotenzial der VOLE** treffen. Der weit überwiegende Teil geht nicht von Änderungen aus, während einige Teilnehmenden durch die aus ihrer Sicht unbestimmten Begriffe und den sich daraus erschließenden Auslegungsunterschieden Möglichkeiten für eine Veränderung des leistungsberechtigten Personenkreises sehen.

Einschätzungen zu § 3 der VOLE

Es wurde ergänzend diskutiert, wie der **letzte Absatz der Begründung**, nach dem neben Verfahren zur testpsychologischen Überprüfung auch andere Erfassungsinstrumente genutzt und deren Befunde in den Gesamtzusammenhang gestellt werden sollen, beurteilt wird. Hierzu wird von den Teilnehmenden angebracht, dass die Formulierung in dem Sinne missverständlich sein kann, dass **andere Erfassungsinstrumente prioritär bei Grenzfällen zur Anwendung kommen sollten**.

Damit regelmäßig weitere Instrumente bzw. Verfahren zur Feststellung der Wesentlichkeit der Teilhabebeeinträchtigung eingesetzt werden (nicht nur dann, wenn kein zweifelsfreies Ergebnis der Testpsychologie angezeigt wird), sollte aus Sicht einiger der Befragten anders als in der aktuellen Fassung formuliert werden, **dass immer weitere Erhebungen durchgeführt und berücksichtigt werden sollten**. Auch aus praktikablen Gründen, so berichten einzelne Teilnehmenden, sind andere Erhebungsinstrumente im Feststellungsprozess relevant. IQ-Tests sind, so wird es aus zwei Ländern

berichtet, zum Teil nur eingeschränkt verfügbar und mit den gegebenen Ressourcen nicht für alle Personengruppen umsetzbar.

Bei der aktuellen Formulierung sehen einige der Praktikerinnen und Praktiker die **Gefahr, dass andere Instrumente nicht mehr eingesetzt werden**, obwohl sie für die Beurteilung einer Teilhabebeeinträchtigung notwendig wären. Es wird jedoch auch angebracht, dass es auch zweifelsfreie Ergebnisse gibt, die bereits auf eine mögliche Wesentlichkeit der Teilhabebeeinträchtigung hindeuten, sie aber nicht konkret beschreiben.

Weiteres Augenmerk wurde in den Diskussionen auch auf die **Anführung des DSM-5 in der Begründung zu § 3 VOLE gelegt**. Wie aus der begleitenden Erfassung der Verwaltungspraxis deutlich wird, findet DSM-5 aktuell keine Anwendung: **keine bzw. keiner der Befragten arbeitet mit dem DSM-5** und nur wenige geben an, selten Unterlagen bzw. Berichte von Ärztinnen und Ärzten oder Sachverständigen mit Diagnoseschlüsseln auf der Basis des DSM-5 zu erhalten. Der **Einführungsaufwand** wird dementsprechend **als erheblich eingeschätzt**, da nicht nur die Fallbeurteilerinnen und -beurteiler, sondern auch andere involvierte Akteure für die Kompatibilität eine fundierte Kenntnis von DSM-5 erst erwerben müssten. Ansonsten würden, so formuliert es eine Praktikerin bzw. ein Praktiker „**verschiedene Diagnostiksprachen**“ genutzt werden.

Für die Verwaltung sei, so wird es mehrheitlich geäußert, das DSM-5 nicht handhabbar und würde die Praxis vor große Herausforderungen stellen:

„Es wäre entsetzlich für den Arbeitsalltag. Ich kenne niemanden, der Erfahrungen diesbezüglich hat“.

Stattdessen wird eine **Aufnahme von ICD-11** als voraussichtlich zeitnah gültiger Diagnoseschlüssel von einigen der Praktikerinnen und Praktiker **als ebenfalls herausfordernde, aber praktikablere Lösung** für die Klassifikation von psychischen Erkrankungen begrüßt. Für eine entsprechende Einschätzung fehlt anderen Teilnehmenden der Validierungsworkshops jedoch auch die Kenntnis der beiden Klassifikationssysteme.

3.3.2.2 Alternativen II und III

Alternative II

Die vorgeschlagene Ergänzung der Begründung in der zweiten Alternative führt nach Sicht der Mehrheit der Teilnehmenden **nicht zu einem besseren Verständnis der Begrifflichkeiten** „Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen sowie „erhebliche Einschränkung der Anpassungsfähigkeiten in kognitiven [...] Bereichen“. Vereinzelt wird zwar geäußert, dass Verständnis und Praktikabilität durch die bessere Darstellung der Abgrenzung verbessert würden, andere Teilnehmenden stellen jedoch fest, dass dadurch von den zentralen Fragen der Beurteilung der Leistungsvoraussetzungen abgelenkt würde. So wird geäußert:

„[Die Ergänzung] verschafft nur eine Scheinsicherheit, weil Zahlen genannt werden, aber es trägt nicht dazu bei, die wesentliche Beeinträchtigung der Teilhabe zu beurteilen.“

Aus der Gruppe der Praktikerinnen und Praktiker heißt es zudem, dass der Zusatz auf eine aus Kostengründen angestrebte Einschränkung des leistungsberechtigten Personenkreises abzielt. Im Ergebnis würde **nicht die Rechtssicherheit durch bessere Verständlichkeit erhöht werden, sondern ein Ausschluss stattfinden**:

„Mit der Ergänzung des Ausschlusses von Menschen mit Lernbehinderung rein aufgrund des IQ-Werts, fielen die Prüfung gewisser Gruppen aus.“

Selbst wenn eine Abgrenzung vorgenommen wird, so wird es vereinzelt geäußert, sollte nicht formuliert sein, dass dadurch eine wesentliche Beeinträchtigung „in der Regel nicht bedingt ist“. Der letzte Satz wird **als bedenklich bewertet und würde die Prüfung** insbesondere für weniger erfahrene Praktikerinnen und Praktiker **erschweren**. Tatsächlich kommen in der Praxis, so wird in einem der Validierungsworkshops berichtet, häufig Fälle vor, in denen sich der IQ-Wert der betroffenen Person in und um die Grenzwerte befindet.

Mit Blick auf die Feststellung der „Wesentlichkeit der Teilhabebeeinträchtigung“ wird von den Praktikerinnen und Praktikern **angezweifelt, dass entsprechende Testergebnisse aussagekräftig für den Leistungszugang sind**. Vielmehr stellen letztere eine Diagnose dar, liefern aber etwa zur Beurteilung von Kontextfaktoren keine notwendigen Hinweise. Dazu ist eine Rundumbetrachtung notwendig, wie in einem der Validierungsworkshops dargestellt wird:

„Wenn ich ein IQ-Testergebnis erhalte, muss ich noch prüfen, was die Einzelergebnisse liefern. Aber es besteht eine besondere Testsituation, wo man evtl. für einen jungen Menschen prüfen muss, ob er im Alltag tatsächlich so ist. In der Schule könnte er sich ganz anders verhalten. Man muss sich noch andere Faktoren anschauen, beispielsweise den Bericht der Schule, den Bericht der Eltern, den eigenen Blick auf den Alltag.“

Testergebnisse sind den Praktikerinnen und Praktikern zufolge **kein zuverlässiges Instrument**, da zu viele dynamische Faktoren auf das Ergebnis Einfluss nehmen (z. B. „Tagesform“ der Betroffenen, mittelfristige, aber nicht zwangsweise langfristige Entwicklungsschritte, Sprachkenntnisse). **Allein auf Basis des IQ-Werts** ist, so besteht weitgehender Konsens, **keine Feststellung der Wesentlichkeit** der Teilhabebeeinträchtigung möglich.

Alternative III

Für die dritte Alternative fällt die Bewertung der Praktikerinnen und Praktiker gleichermaßen kritisch aus. Hier wird angebracht, dass **aus dem Fehlen zweier Standardabweichungen keine Schlüsse über die Teilhabebeeinträchtigung** der betroffenen Personen gezogen werden können. Es wird zum Beispiel auch aus Fällen in der Praxis berichtet, in denen Menschen mit nur leichter Intelligenzminderung erhebliche Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung haben, da ihre Beeinträchtigung von ihrem Umfeld nicht gesehen und gerade in der Kommunikation keine Rücksicht genommen wird. Darüber hinaus **widerspricht die stark quantifizierte Beurteilung**, so wird es von einer Praktikerin bzw. einem Praktiker geäußert, **dem neuen Ansatz des BTHG**:

„Von „Standard“ zu sprechen, widerspricht dem Prinzip der Personenzentrierung.“

Der Einschub wird von einigen der Teilnehmenden als **nicht rechtmäßig wahrgenommen**.

Fazit zu den Alternativen II und III

Insgesamt zeichnet sich ab, dass die vorgeschlagenen Ergänzungen in Verordnungstext und Begründung in den Alternativformulierungen II und III aus Sicht der Praktikerinnen und Praktiker **nicht zu einem besseren Verständnis oder besserer Anwendbarkeit der Vorschriften beitragen**, sondern vielmehr einen kategorischen **Ausschluss eigentlicher Zielgruppen der Eingliederungshilfe** begünstigen könnten.

4. Zusammenführung der Analyseergebnisse

4.1 Die Orientierung der §§ 2, 99 SGB IX an der Teilhabebeeinträchtigung besteht im Kontext des SGB unverändert seit 2001

Das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) gewährt in seinem § 1 seit dem 01.07.2001 Menschen mit Behinderungen im Sinne seines § 2 Abs. 1 Satz 1 einen Anspruch auf Förderung ihrer Selbstbestimmung, volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und gebietet, Benachteiligungen zu vermeiden und ihnen entgegenzuwirken. Diese Regelung verpflichtet alle in § 6 genannten Rehabilitationsträger, mithin auch die Träger der Eingliederungshilfe (damals noch Träger der Sozialhilfe), zur Förderung im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen die in den Leistungsgruppen des § 5 genannten Teilhabeleistungen zu erbringen. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen (§ 7 Abs. 1 Satz 2 SGB IX).

Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) bestimmt für Menschen mit Behinderungen im Zuständigkeitsbereich der Träger der Sozialhilfe seit 01.01.2005 welche dieser Menschen Zugang zu den Leistungen an Menschen mit Behinderungen nach dem SGB XII erhalten sollen. Nach § 53 Abs. 1 SGB XII aF erhalten – eingangs wortgleich mit dem heute maßgebenden § 99 Abs. 1 SGB IX – Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX **wesentlich** in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer Behinderung bedroht sind, Leistungen der Eingliederungshilfe.

Nach dem auf dieser Rechtsgrundlage basierenden Ergebnis der juristischen Analyse haben sich die gesetzlichen Bestimmungen über den Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe seit 01.01.2005 im Grundsatz nicht verändert (auf eine Analyse der Rechtslage für die Zeit der Geltung des BSHG in der Zeit vom 01.07.2001 bis 31.12.2004 wurde mangels Relevanz für die Forschungsfragen abgesehen). Mit dem BTHG wurde – für alle Rehabilitationsträger einheitlich – in § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX – zum 01.01.2018 eine neue Definition von Behinderung eingeführt, die sich an dem Verständnis der UN-BRK und der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO orientiert. **Entscheidend für das neue Begriffsverständnis ist, dass Behinderung erst in Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem einer Person und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht. Bei der neuen Definition von Behinderung handelt es sich um eine sprachliche Anpassung des § 2 SGB IX an die UN-BRK, die die Kriterien für die Beurteilung der Leistungsvoraussetzungen nicht verändert.**

Daran ändert auch das Teilhabestärkungsgesetz nichts. Die Begründung des Gesetzes verweist ausdrücklich auf den bis zum 31.12.2019 geltenden § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII, auf den wiederum § 99 Abs. 1 SGB IX in der vor Inkrafttreten des Teilbestärkungsgesetzes geltenden Fassung verweist, nach der es für einen Rechtsanspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe auch künftig nicht ausreicht, dass eine (drohende) Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX vorliegt. Zusätzlich dazu muss für einen Anspruch ein weiteres Kriterium erfüllt sein, nämlich das der wesentlichen Behinderung (BT-Drs. 19/27400). Danach geht der Gesetzgeber unzweifelhaft selbst davon aus, dass leistungsberechtigt diejenigen sind, die die Voraussetzungen als behinderte Menschen im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX erfüllen – d. h., als Folge einer körperlichen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigung an der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gehindert – mithin behindert – sind – und nunmehr noch das zusätzliche Kriterium einer wesentlichen Ausprägung dieser bereits festgestellten Behinderung aufweisen müssen. Dabei bietet sich in

Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kein Ansatz für eine weitere medizinorientierte Prüfung, wohl aber die Notwendigkeit der Feststellung von Art und Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung in den Lebensbereichen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.

Die Bestimmungen über die Leistungsvoraussetzungen in § 99 SGB IX haben sich mithin seit fast 20 Jahren inhaltlich nicht geändert. Geändert hat sich durch das BTHG die nunmehr an der UN-BRK und der ICF orientierte Legaldefinition der Personen, für die diese Bestimmungen über die Leistungsvoraussetzungen Anwendung finden sollen. Die untergesetzlichen Rechtsverordnungen (EinglHV und VOLE) müssen diesem Recht folgen und sind bei ihrer Anwendung auch im Lichte dieser Bestimmungen auszulegen.

4.2 Prüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen

Zur Prüfung, ob ein Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe besteht, ist zunächst festzustellen, ob eine Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX vorliegt.

Dabei ist entscheidend, dass Menschen mit körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate gehindert sein können. Maßgebend sind danach – völlig unabhängig von der Zuständigkeit oder Leistungsverpflichtung eines Rehabilitationsträgers – nicht Art und Schwere einer Beeinträchtigung, sondern, dass als Folge dieser Beeinträchtigung eine Hinderung an der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gegeben sein kann.

Bereits bei diesem ersten Prüfschritt zu § 2 Abs.1 Satz 1 SGB IX begründet nicht die Diagnose oder medizinische Bewertung/Gewichtung die Annahme einer Behinderung, sondern deren Auswirkungen auf die Teilhabe. Medizinische Indikatoren sind insoweit als Hinweisgeber darauf zu verstehen, dass eine Beeinträchtigung der Teilhabe gegeben sein kann.

Ob eine Beeinträchtigung der Teilhabe und damit eine Behinderung tatsächlich gegeben ist, ist in einem zweiten Prüfschritt auf Grund der Lebenswirklichkeit („Lebenslagen“) des betroffenen Menschen festzustellen. In diese Prüfung ist die Wechselwirkung mit einstellungs- oder umweltbedingten Barrieren (Kontextfaktoren der ICF) festzustellen. Bestätigt diese Feststellung die sich aus den medizinischen Beeinträchtigungen ergebenden Hinweise auf das Vorliegen einer Behinderung, ist eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs.1 Satz 1 SGB IX anzunehmen.

Um Zugang zu den Leistungen der Eingliederungshilfe zu erhalten, ist nunmehr nach § 99 SGB IX in einem dritten Prüfschritt zu klären, ob die festgestellte Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX die betroffenen Menschen „wesentlich“ in der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft einschränkt (wesentliche Behinderung). Entscheidend ist mithin nicht der Schweregrad der gesundheitlichen Einschränkung, sondern das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.

Diese Prüfschritte sind durch die seit mindestens 2001 unveränderte Rechtsgrundlage zur Feststellung einer Leistungsberechtigung nach dem Eingliederungshilferecht sowohl für die Anwendung der EinglHV wie auch der künftigen VOLE juristischer Standard.

Die sozialwissenschaftliche Analyse hat gezeigt, dass diese nach dem Recht erforderlichen Prüfungen in der Praxis der EinglHV nicht durchgängig prägender Standard sind und erwartet werden muss, dass sich dies nach Einführung der VOLE auch nicht ohne Weiteres ändern wird.

In den Fallbearbeitungen, Fragebögen und Validierungsworkshops wurde deutlich, dass die Entscheidung über den Leistungszugang in vielen Fällen nicht nur auf den Tatbestandsmerkmalen der §§ 2, 99 SGB IX basiert bzw. nicht konform mit diesen ist. Aus Expertensicht nicht korrekte Entscheidungen lassen sich zurückführen auf: eine von der Teilhabebeeinträchtigung losgelöste Basierung auf dem Schweregrad der medizinischen Beeinträchtigung, eine synonyme Verwendung von Schweregrad der medizinischen Beeinträchtigung und Wesentlichkeit der Teilhabebeeinträchtigung, eine Begründung der Entscheidung auf Grundlage von für die Leistungsberechtigung nicht entscheidungsrelevanten Kriterien (wie beantragte Leistungsart, Zuständigkeitsfragen usw.).

Man kann diese Abweichungen bei den nach dem Recht erforderlichen Prüfungen – sofern sie nicht auf inkorrekte Einschätzungen früher im Prozess (z. B. Zuständigkeitsfeststellung) zurückgehen – auf nicht an den Kriterien der §§ 2, 99 SGB IX orientierte Verwaltungsvorschriften, Arbeitsanweisungen usw., die es bundesweit in nicht geringem Umfang gibt, mithin Verwaltungsroutinen zurückführen. Der Anteil der dadurch begründeten Entscheidungen war bei der Fallbearbeitung sowohl bei der Bearbeitung der EinglHV als auch der VOLE in etwa gleich groß, allerdings mit Blick auf das Gebot einheitlicher Rechtsanwendung keinesfalls banal.

4.3 Abbildung der wesentlichen Beeinträchtigung in den Rechtsverordnungen

Da nur solche Menschen mit Behinderung Zugang zu den Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten sollen, die eine Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX haben, die in einem besonderen Maße (wesentlich) die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft einschränkt, sollen die EinglHV – und in der Nachfolge ggfls. die VOLE – konkretisieren, wann eine Behinderung, d. h. eine Beeinträchtigung der Teilhabe, als „wesentlich“ anzusehen ist. Die Definition ist dabei an das neue Begriffsverständnis des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX gebunden, das durch die Definition der Wesentlichkeit der Teilhabebeeinträchtigung nicht verändert oder gar eingeschränkt werden darf.

Das bis heute prägende Urteil des Bundessozialgerichts vom 22.03.2012 – B 8 SO 30/10 R, BSGE 110, 301 bestätigt zunächst mit der zu § 53 Abs. 1 SGB XII ergangenen Entscheidung die Geltung des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX im Sozialhilferecht und räumt damit an Entscheidungen des BVerwG oder nachgeordneter Sozialgerichte (etwa LSG Niedersachsen) angelehnte Zweifel aus. Inhaltlich lässt das BSG – bis heute zutreffend – keinen Zweifel daran, dass *„bei der Beurteilung der für eine Pflicht-Eingliederungshilfeleistung erforderlichen Wesentlichkeit einer geistigen Behinderung (Q) auf das **Ausmaß der Beeinträchtigung der Teilhabemöglichkeit, nicht auf das der Regelwidrigkeit bzw. des Funktionsdefizits abzustellen (ist).**“*

Die Eingliederungshilfe-Verordnung hat seit ihrem Inkrafttreten 1964 wenig Änderungen erfahren. Sie wurde bis heute nicht an die mit dem SGB IX seit 2001, dem SGB XII seit 2005 und dem BTHG seit 2018 verbundenen rechtlichen Weiterentwicklungen und Veränderungen angepasst. Sie wurde zudem weiter konkretisiert durch Orientierungshilfen der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) und weitere landes-, kommunal oder trägerspezifischen Arbeitsanweisungen, deren Inhalte zum Teil nicht allein durch sach- und fachgerechte Rechtsauslegung geleitet sind.

Durch diese vorwiegend leistungsträgerseitige Ausgestaltung der Rechtspraxis hat sich durch die Beurteilung der Wesentlichkeit der Teilhabebeeinträchtigung durch Anknüpfung an eine rein medizinische Terminologie oder gar die Gleichsetzung von Erheblichkeit einer Erkrankung mit der

Wesentlichkeit einer Teilhabebeeinträchtigung eine Rechtswirklichkeit entwickelt, die in Teilen nicht mehr durch die Regelungen der §§ 2, 99 SGB IX gedeckt ist.

Daraus folgt, dass das Ergebnis der medizinischen Analyse insbesondere hinsichtlich der Verwendung medizinischer Begriffe und deren Wirkung für die Beantwortung der Forschungsfrage von signifikanter Bedeutung ist.

4.4 Medizinische Terminologie – Anpassung der Begrifflichkeiten

Mit dem vorliegenden Entwurf der VOLE sollen veraltete und defizitorientierte Begrifflichkeiten, die den Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe beschreiben, unter Orientierung an der UN-BRK und der ICF dem modernen Verständnis von Behinderung angepasst werden. Dies scheint unter dem Gesichtspunkt einer rein formaljuristischen Betrachtung auf den ersten Blick weitgehend gelungen.

Der Text der VOLE stützt jedoch das juristische Kriterium der „wesentlichen Behinderung“ (Beeinträchtigung der Teilhabe) in den §§ 2 bis 4 durchgängig auf neue medizinisch induzierte Oberbegriffe für gesundheitliche Beeinträchtigungen als Maßstab für die Beurteilung des Vorliegens einer wesentlichen Beeinträchtigung der Teilhabe.

Die EinglHV enthielt demgegenüber bisher keinerlei vergleichbare Beurteilungsmaßstäbe. Sie wurden weitgehend durch untergesetzliche Regelungen (Arbeitsanweisungen u. ä.) der ausführenden Körperschaften oder deren Organisationen, insbesondere der Orientierungshilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) entwickelt. Die sozialwissenschaftliche Analyse belegt, dass diese untergesetzlichen Verwaltungsregelungen die eigentliche Basis für die rechtliche Beurteilung der Leistungsvoraussetzungen bilden. Die diesbezüglichen Erhebungen bei Praktikerinnen und Praktikern zeigen, dass in der Praxis in der Regel die Diagnose bzw. andere medizinische Kriterien ausschlaggebend für die Annahme oder Nichtannahme einer wesentlichen Beeinträchtigung der Teilhabe sind, ohne das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung und damit ihre „Wesentlichkeit“ weiter abzuklären.

Mit der offensichtlichen Übernahme solcher Verwaltungsregelungen, insbesondere aus der Orientierungshilfe, in den Verordnungstext, hätten diese allerdings – wie die juristischen Definitionen – ebenfalls daraufhin überprüft werden müssen, inwieweit sie nach heutigen medizinwissenschaftlichen Standards noch den an sie zu stellenden medizinfachlichen Anforderungen genügen und weiterentwickelt werden müssen. Die medizinwissenschaftliche Analyse zeigt den diesbezüglichen Handlungsbedarf auf und begründet mit auf medizinwissenschaftlicher Erkenntnis beruhenden Standards den nicht banalen, erforderlichen Überarbeitungs- und Weiterentwicklungsbedarf des Entwurfs.

4.5 Herstellung von Rechtsklarheit und einheitliche Rechtsanwendung

Der mit der Einführung der neuen medizinischen Oberbegriffe angestrebte Gleichlauf mit den in der deutschen Übersetzung der UN-BRK und auch den in § 2 Abs. 1 SGB IX verwendeten Begrifflichkeiten kann schon allein vor diesem Hintergrund nicht erreicht werden, weil die derzeitige Fassung der Oberbegriffe eine Vielzahl unterschiedlicher medizinischer Auslegungs- und Interpretationsmöglichkeiten – zum Teil auf medizinfachlich nicht haltbarer oder ungeeigneter Grundlage – eröffnet. Die Ergebnisse der Fallbearbeitung durch die Praktikerinnen und Praktiker, insbesondere auch die vertiefenden Erörterungen in den Validierungsworkshops, bestätigen diese Einschätzung.

Zwar stellt die Begründung zu § 1 – wie auch die Texte der §§ 2 bis 4 der VOLE – klar, dass es für den Leistungszugang entscheidend auf „eine wesentliche Einschränkung der gleichberechtigten Teilhabe“ ankommt. Das entspricht dem geltenden Recht und den Entscheidungen des Bundessozialgerichts, wonach auf „das Ausmaß der Beeinträchtigung der Teilhabemöglichkeit, nicht auf das der Regelwidrigkeit bzw. des Funktionsdefizits abzustellen“ ist.

Die textliche Einbindung der medizinischen Oberbegriffe in den Verordnungstext macht den Text nach Auffassung der Praktikerinnen und Praktiker jedoch insgesamt schwer verständlich und lesbar. Bei den Fallbearbeitungen wird deshalb bei im Ergebnis nicht rechtmäßigen Entscheidungen vorwiegend auf die Erheblichkeit des Krankheitstatbestandes und nicht auf die Wesentlichkeit der Beeinträchtigung der Teilhabe abgestellt; eine nicht unerhebliche Teilnehmendenzahl verwendet die Begriffe synonym. Erkannt wird die Unterschiedlichkeit der Begriffe vor allem von Teilnehmenden aus den Ländern, die nach der medizinischen Prüfung der Erheblichkeit des Krankheitstatbestandes anschließend getrennt das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung prüfen.

Die Mehrheit der Teilnehmenden versteht die Entwurfsformulierung als Konkretisierung der medizinischen Maßgaben, bemängelt aber, dass der Entwurf keine Ausführungen dazu enthält, nach welchen Kriterien denn auf dieser Basis die Voraussetzungen für das Vorliegen einer wesentlichen Behinderung gegeben sind. Ebenso mangle es an Kriterien für die Prüfung der „Aussicht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe“ erfüllt werden kann.

Von den Teilnehmenden an den Fallstudien wird fast ausnahmslos die Erwartung nach einer verständlicheren Formulierung, insbesondere hinsichtlich der Orientierung auf die wesentliche Beeinträchtigung der Teilhabe, geäußert, die sich nicht nur auf eine andere Fassung der Überschriften beschränkt.

Bei unveränderten Formulierungen erwarten die Teilnehmenden bundesweit mehrheitlich eine noch weitergehende Auseinanderentwicklung der Bewertungs- und Entscheidungspraktiken als bisher. Auch aus der Sicht der Experten besteht hier insbesondere mit Blick auf den grundgesetzlich garantierten Anspruch der Menschen im gesamten Bundesgebiet auf Rechtsanwendungsgleichheit im Sinne des Art. 3 Abs. 1 GG noch ein Handlungsbedarf zur Überarbeitung.

4.6 Einfluss von Verwaltungsroutinen auf den Entscheidungsprozess

Die Teilnehmenden an der Fallbearbeitung sind geprägt durch die in den jeweiligen Ländern praktizierten Verwaltungsverfahren und Entscheidungsmaximen (vergl. 2.3.1 und 2.3.2), die ihre Arbeitsabläufe, -organisation, -weise gestalten und ihre Entscheidungsrouinen, insbesondere auch bzgl. bestimmter Behinderungs- und Krankheitsformen, prägen.

Dass diese Verwaltungsroutinen einen maßgeblichen Einfluss auf die Entscheidungsfindung haben, wurde während der Fallbearbeitung deutlich: Für die Fallbearbeitung auf der Basis der VOLE gab es weder bindende Arbeitsanweisungen noch andere vorgegebene Routinen. Die Teilnehmenden mussten sich weit überwiegend auf ihre durch langjährige Berufserfahrung mit Menschen mit wesentlichen Behinderungen gründende Eigenkompetenz stützen. Dass es im Ergebnis – bei Wegfall aller ansonsten prägenden Routinen, die bei der Anwendung der VOLE noch nicht etabliert sind – jeweils eine deutliche Mehrheit für eine rechtlich zutreffende Entscheidung gab (vergl. 3.3.1.1), belegt, wie stark diese Routinen – unabhängig von der Rechtsauslegung und -anwendung – die Entscheidungsfindung beeinflussen. Dies wurde auch den Teilnehmenden während der Studie bewusst, die daraus die Notwendigkeit ableiteten, die Begründung der Rechtsverordnung klarer und zweifelsfreier zu formulieren, bundesweit einheitliche Empfehlungen/Verfahrensrichtlinien für die

Anwendung der VOLE zur Verfügung zu stellen und insbesondere Fortbildungsmaßnahmen durchzuführen.

5. Ergebnisse zu den Forschungsfragen

Mit den Forschungsfragen (vgl. 1.2) soll analysiert werden, ob sich mit der dem Projekt zugrunde liegenden Fassung der VOLE das Ziel eines unveränderten Personenkreises dem Grunde nach erreichen lässt. Dieses Ziel gilt nach dem Forschungsauftrag dann als erreicht, wenn die neue Definition des leistungsberechtigten Personenkreises der VOLE die gleiche Zielgruppe beschreibt wie die alte Definition nach der EinglHV. Die neue Definition darf danach weder zu einer Ausweitung noch zu einer Einschränkung des beschriebenen Personenkreises führen.

Im Ergebnis wird konstatiert, dass bei Einführung der vorliegenden Fassung der §§ 2 und 4 VOLE weder eine Ausweitung noch eine Einschränkung des beschriebenen Personenkreises zu erwarten ist.

Voraussetzung ist allerdings eine, konsequent an den §§ 2 und 99 SGB IX sowie der Wesentlichkeit der Behinderung (Beeinträchtigung der Teilhabe) orientierte Auslegung und Anwendung der VOLE. Diese wird jedoch ohne weitere Konkretisierungen im Wortlaut und den Begründungen der VOLE, ergänzende bundeseinheitliche Empfehlungen zur Umsetzung und die notwendige, möglichst verpflichtende Fortbildung der mit der VOLE befassten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht als gesichert gelten.

Eine Ursache dafür ist, dass die VOLE wie auch die EinglHV lediglich die „Gesundheitsprobleme/ Beeinträchtigungen“, die als Auslöser für eine Teilhabeeinschränkung und damit für eine wesentliche Behinderung in Betracht kommen, definiert. Kriterien für die Prüfung des Ausmaßes der Einschränkung der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft enthält die VOLE nicht.

5.1 Analyse des § 3 VOLE

Die Formulierungen aller drei Varianten zu § 3 VOLE führen zur Ausgrenzung eines beträchtlichen Anteils des bisher von § 2 EinglHV erfassten Personenkreises. Der Umfang dieses ausgegrenzten Anteils hängt maßgeblich davon ab, wie eng § 2 EinglHV bisher ausgelegt wird.

Die Alternativen 2 und 3 zu § 3 lassen speziell mit ihrer betonten Orientierung an dem Ergebnis der testpsychologischen Verfahren unabhängig von der Auslegung der Vorschrift eine deutliche Einschränkung des nach der EinglHV leistungsberechtigten Personenkreises erwarten.

Die Ursachen für diese Einschätzung insbesondere der Experten werden in Kapitel 4 ausführlich beschrieben, auf das zur Vermeidung von Doppelungen verwiesen wird. In diesem Zusammenhang werden auch die Eignung und Grenzen der Aussagefähigkeit der testpsychologischen Verfahren vertieft. In diesem Zusammenhang ist nochmals mit Nachdruck festzustellen, dass es rechtlich nicht zulässig ist, aus dem Ergebnis der psychologischen Untersuchung ohne Weiteres auf das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer wesentlichen Behinderung zu schließen.

Wegen der besonderen Bedeutung wird an dieser Stelle die aus der Begründung ersichtliche Absicht, an Stelle des ICD-10 künftig das DSM der Prüfung der Leistungsberechtigung zugrunde zu legen, aufgegriffen. Das DSM ist im Gesundheitswesen in Deutschland nicht verbindlich – weder in der englischsprachigen Fassung noch in der deutschsprachigen Übersetzung –, auch wenn es aus nicht näher zu erörternden Gründen im Forschungskontext in Deutschland wie international oft verwendet wird.

Für die üblichen Anwendungszwecke im deutschen Gesundheitswesen ist die ICD der WHO in der jeweiligen amtlich gültigen Fassung – derzeit und für ca. 5 bis 10 weitere Jahre die ICD-10 – verbindlich. Die Nachfolgeversion der ICD-10, die ICD-11 wurde von der WHO bereits im Jahre 2019 verabschiedet. Sie ist vollständig in englischer Sprache auf der Website der WHO zugänglich⁶⁹. Zudem existiert auf der Website des BfArM⁷⁰ eine noch unvollständige und vorläufige Entwurfsfassung der deutschsprachigen Übersetzung.

Die sozialwissenschaftliche Analyse ergibt, dass die Implementierung des DSM einen mehrmonatigen bis mehrjährigen Zeitraum erfordert und mit erheblichen Sach- und Personalkosten verbunden sein dürfte, weil alle Verfahren entsprechend anzupassen wären. Die Praktikerinnen und Praktiker rechnen im Übrigen damit, dass von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern usw. über längere Zeiträume keine verwertbaren Entscheidungsgrundlagen mehr erhalten würden, weil das DSM dort außerhalb wissenschaftlicher Betätigung durchweg unbekannt ist. Es wird befürchtet, dass die praktische Arbeit weitgehend unmöglich wird.

Im Übrigen wird von den Praktikerinnen und Praktikern darauf hingewiesen, dass die Umstellung von der ICD-10 auf das in Deutschland nicht zugelassene DSM-5 und die in absehbarer Zeit erforderliche Rückumstellung auf den dann in Deutschland maßgebenden ICD-11 einen hohen Aufwand an Sach- und Personalkosten nach sich ziehen würde (vgl. 3.3.2.2). Dieser dürfte nach Auffassung der Experten nach dem haushaltsrechtlichen Grundsatz der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit der Mittelverwendung nicht plausibel vertretbar sein.

5.2 Analyse der neuen Oberbegriffe für die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in den §§ 2 bis 4 der VOLE

Die mit dem Forschungsauftrag erwartete „begriffshistorische als auch systematische Beleuchtung und Diskussion“ der neuen gesundheitlichen Oberbegriffe zeigt, dass das im zweiten Absatz der Begründung zu § 1 VOLE betonte Ziel, Gleichlauf mit den in der deutschsprachigen Übersetzung der UN-BRK und in § 2 Abs. 1 SGB IX verwendeten Begrifflichkeiten zu erreichen, durch die vorgeschlagenen Oberbegriffe für die §§ 2-4 VOLE *nicht* erreicht wird. Sowohl die amtliche deutschsprachige UN-BRK-Übersetzung als auch der § 2 Abs. 1 SGB IX verwenden den Begriff *Beeinträchtigung*, *nicht* hingegen den der *Behinderung*.

Die Formulierungen der §§ 2-4 VOLE sind im Widerspruch zum Gesetzestext, zur UN-BRK und zur ICF überwiegend vom Bemühen geprägt, die Wesentlichkeit der Teilhabebeeinträchtigung unmittelbar aus der Wesentlichkeit oder Erheblichkeit der Beeinträchtigung herzuleiten. Dies wird im Kapitel 3.2 schrittweise an den konkreten Formulierungen der §§ 2-4 dargelegt.

Für die Bezeichnung einer konkreten Krankheit bei einer konkreten Patientin bzw. einem konkreten Patienten mittels einer diagnostischen Kategorie der ICD-10 **werden die Auswirkungen auf die Teilhabe nicht als Kriterien herangezogen**. Ebenso wenig findet der Begriff der Wesentlichkeit für die Auswahl einer bestimmten diagnostischen Kategorie Anwendung.

⁶⁹ Online verfügbar: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (letzter Zugriff 28.08.2023).

Die WHO beabsichtigt nicht eine Druckfassung der ICD-11 zu publizieren. Dass es eine deutschsprachige Druckfassung geben wird, erscheint unwahrscheinlich.

⁷⁰ Online verfügbar: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html (letzter Zugriff 21.11.2023).

Aus dem Vorliegen einer bestimmten diagnostischen Kategorie allein kann nicht schon zwingend, quasi „automatisch“, auf das Vorhandensein, auf Art oder Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung(en) der individuellen Patientin bzw. des individuellen Patienten geschlossen werden. Solche zu erfassen, bedarf immer des sorgfältigen Assessments der Schädigungen der Körperfunktionen- bzw. -strukturen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten, der Kontextfaktoren (personenbezogene Faktoren und Umweltfaktoren) und der konkreten individuellen Teilhabebeeinträchtigungen. Dabei sind namentlich die Wechselwirkungen der *individuumseitigen Aspekte* (Schädigung von Funktionen und Strukturen, Beeinträchtigungen von Aktivitäten) mit den *außerhalb des Individuums liegenden Umweltfaktoren* relevant. Diese können nur konkret im individuellen Fall erfasst werden.

Der Versuch, über die „Schwere“, die „Erheblichkeit“ oder ähnliche Graduierungen einer Gesundheitsstörung, einer körperlichen Krankheit, einer psychischen Störung oder über das Ausmaß der Beeinträchtigungen intellektueller oder anderer körperlicher Funktionen die Wesentlichkeit der der Teilhabebeeinträchtigung zu begründen, verfehlt die konzeptionelle Anforderung, die Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren zu berücksichtigen. Die vorgeschlagene Textfassung entspricht nicht den konzeptionellen Anforderungen aus § 2a Abs. 1, Satz 1 und 2 oder der UN-BRK.

Die sozialwissenschaftliche Analyse hat festgestellt, dass in der Praxis die Diagnose und der Schweregrad einer Erkrankung in hohem Maße gleichgesetzt wird mit der Wesentlichkeit einer Teilhabebeeinträchtigung, die Begriffe häufig sogar synonym verwendet werden. Tatsächlich kann der Schweregrad einer Erkrankung nur ein Hinweis auf eine Teilhabebeeinträchtigung sein, deren tatsächliches Vorliegen und Wesentlichkeit dann noch wie dargestellt abzuklären sind.

Die Analyse der Oberbegriffe hat auch einen erheblichen Überarbeitungsbedarf mit Blick auf die Verwendung überalterter Begriffe oder die „oft inkorrekt und/oder inkonsistent“ oder fachlich nicht haltbare Verwendung medizinischer Begriffe gezeigt. Der Überarbeitungsbedarf wird im Kapitel 4 ausführlich dargelegt, begründet und mit fachlich gebotenen Formulierungsalternativen versehen, auch unter Berücksichtigung der beabsichtigten Verwendung von DSM-5.

5.3 Prüfung aller anderen Formulierungen der VOLE

Die medizinische Analyse zeigt auch zu §§ 2 und 4 nicht unerhebliche fachliche Bedenken, die in den Kapiteln 3.2.3 und 3.2.5 im Einzelnen fachlich begründet aufgezeigt und mit Alternativvorschlägen versehen werden. Auch in der sozialwissenschaftlichen Untersuchung werden seitens der Praktikerinnen und Praktiker Konkretisierungsbedarfe sowie Verbesserungspotenziale für eine praxissichere Umsetzung der Vorschriften im Verordnungstext identifiziert (vgl. Kapitel 3.3.2). Zur Vermeidung von Doppelungen wird an dieser Stelle auf eine Wiederholung verzichtet.

Literaturverzeichnis

- Abschlussbericht zu den rechtlichen Wirkungen im Fall der Umsetzung von Artikel 25a § 99 des Bundesteilhabegesetzes (ab 2023) auf den leistungsberechtigten Personenkreis der Eingliederungshilfe, BT-Drs. 19/4500. (2018, 13. September).
<https://dserver.bundestag.de/btd/19/045/1904500.pdf> (Zugriff 13.09.2023).
- American Psychiatric Association (ed.) (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fourth ed.). DSM-IV. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (ed.) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) DSM-5. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Aschenbrenner, S., Schilling, T. M., Grossmann, J., Heck, T., Bossert M. (2021). Psychische Störungen nach erworbener ZNS-Schädigung. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 89,114-129.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) (2009). Orientierungshilfe für die Feststellungen der Träger der Sozialhilfe zur Ermittlung der Leistungsvoraussetzungen nach dem SGB XII i. V. m. der Eingliederungshilfe-Verordnung (EHVO).
- BAGüS (2022). BAGüS Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe 2022. Berichtsjahr 2020.
- Deutscher Bundestag (2018). Abschlussbericht zu den rechtlichen Wirkungen im Fall der Umsetzung von Artikel 25a § 99 des Bundesteilhabegesetzes (ab 2023) auf den leistungsberechtigten Personenkreis der Eingliederungshilfe (BT-Drucksache 19/4500). In:
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/045/1904500.pdf> (PDF-Dokument).
- Blankenburg, W. (1989). Der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. In: Kisker, K.-P., Lauter, H., Meyer, H. J., Müller, C., Strömgen, E. (Hrsg.) Psychiatrie der Gegenwart. Band 9. Brennpunkte der Psychiatrie. Springer. S. 119-145.
- Bundesminister für Jugend, Familie, Jugend und Gesundheit (Hrsg.) Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD) (1988) in der Fassung der vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit herausgegebenen 9. Revision. Bd. I Teil A: Systematisches Verzeichnis der Dreistelligen Allgemeine Systematik und der Vierstelligen Ausführlichen Systematik. 2., überarb. Auflage – Stand Juli 1988. Stuttgart: Kohlhammer.
- Degkwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G., Mombour, W. (Hrsg.) (1975). Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der WHO: ICD (ICD=International Classification of Diseases), 8. Revision, und internationalen Glossars. 4., korrigierte und erweiterte Aufl. (Stand: Herbst 1974). Berlin: Springer-Verlag.
- Degkwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G., Mombour, W. (Hrsg.) (1980). Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO ICD (ICD=International Classification of Diseases), 9. Revision, Kapitel V. 5. Aufl. (Stand: Herbst 1979). Berlin: Springer-Verlag.
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (1994). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Band I: systematisches Verzeichnis. Version 1.0. München – Wien – Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Neu-Isenburg: MMI Medizinische Medien Information GmbH.

Deutscher Bundestag (2010). Deutscher Bundestag. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP. Entwurf eines Gesetzes Neuordnung des Rechts der Sicherungsverwahrung und zu begleitenden Regelungen. Bundestags-Drucksache 17/3403, S. 52.
(<https://dserver.bundestag.de/btd/17/034/1703403.pdf>)

Dilling, H., Mombour, W.; Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation. Bern: Huber 1991.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F): Forschungskriterien. Weltgesundheitsorganisation. Bern: Huber 1994.

Eckert, A. (2015). Die Sonderschulen. In: Handbuch der Erziehungswissenschaft, Paderborn: Brill/Schöningh. S. 193–197

Engelien, A. (2002). Störungen des auditiven Verarbeitens. In: Hartje, W., Poeck, K. (Hrsg.) Klinische Neuropsychologie. 6. Aufl., Stuttgart: Thieme, S. 435-442.

Engelien, A. (2012). Auditive Agnosien. In: Karnath, H.-O., Thier, P. (Hrsg.) Kognitive Neurowissenschaften. 3. Aufl. Berlin: Springer. S. 180-185.

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Rechts der Sicherungsverwahrung und zu begleitenden Regelungen, BT-Drs. 17/3403. (2010, 16. Oktober).
<https://dserver.bundestag.de/btd/17/034/1703403.pdf> (Zugriff 28.08.2023).

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG), BT-Drs. 18/9522 (2016, 05. September).
<https://dserver.bundestag.de/btd/18/095/1809522.pdf> (Zugriff 13.09.2023).

Falkai, P., Wittchen, H.-U (Hrsg.) (2015). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. Hogrefe, Göttingen (deutschsprachige Ausgabe des DSM-5 der American Psychiatric Association).

Fernell, E, Gillberg, C. (2020). Borderline intellectual functioning. Handbook of clinical neurology, 174, 77–81.

Geiling, Ute (2007). Lernbehinderung. In: Theunissen, G., Kulig, W., Schirbort, K. (Hrsg.) Handlexikon Geistige Behinderung. 2. überarb. Aufl. Stuttgart, Kohlhammer 2007, S. 223f.

Greenspan, S. (2017). Borderline intellectual functioning: an update. Curr Opin Psychiatry 30(2) 113-122.

Greenspan, S., Woods, G. (2014). Intellectual disability as a disorder of reasoning and judgement: the gradual move away from intelligence quotient-ceilings. Curr Opin Psychiatry 27(2), 110-116.

Hassiotis, A., Emerson, E., Wieland, J. Bertelli M.O. (2022). Borderline Intellectual Functioning. In: Bertelli, M. O., Deb, S., Munir, K., Hassiotis, A., Salvador-Carulla, L. (eds.) Textbook of Psychiatry for Intellectual Disability and Autism Spectrum Disorder. Cham: Springer Nature. Pp. 95-106.

Hassiotis, A., Brown, E., Harris, J., Helm, D., Munir, K., Salvador-Carulla, L., Bertelli, M., Baghdadli, A., Wieland, J., Novell-Alsina, R., Cid, J., Vergés, L., Martínez-Leal, R., Mutluer, T., Ismayilov, F., & Emerson, E. (2019). Association of Borderline Intellectual Functioning and Adverse Childhood Experience with adult psychiatric morbidity. Findings from a British birth cohort. BMC psychiatry, 19(1), 387. (2019) Findings from a British birth cohort. BMC Psychiatry

Heinz, A. (2014). Der Begriff der psychischen Krankheit. Suhrkamp/Insel Verlag, 2014.

Helmchen, H. (2005). Zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. Nervenarzt 77, 271-275.

Hofmann, B. (2016). Disease, Illness, and Sickness. In: The Routledge Companion to Philosophy of Medicine. Routledge. pp. 30-40.

Hucklenbroich P. (2014). "Disease entity" as the key theoretical concept of medicine. The Journal of medicine and philosophy, 39(6), 609–633.

Hucklenbroich, P. (2018). „Krankheit“ als theoretischer Begriff der Medizin: Unterschiede zwischen lebensweltlichem und wissenschaftlichem Krankheitsbegriff. J Gen Philos Sci 49, 23–58.

Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) (2018a). Rechtliche Wirkungen im Fall der Umsetzung von Artikel 25a § 99 BTHG (ab 2023) auf den leistungsberechtigten Personenkreis der Eingliederungshilfe (Finanzierungsstudie).

Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) (2018b). Untersuchung der jährlichen Einnahmen und Ausgaben bei den Leistungen der Eingliederungshilfe nach Art. 25 Absatz 4 BTHG (Finanzuntersuchung).

Jessen, F., Frölich, L. (2018). ICD-11: Neurokognitive Störungen. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 86(3), 172–177.

Kaufmann, L., v. Aster, M. (2020). Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten. In: Kölch, M., Rassenhofer, M., Fegert, J. M. (Hrsg.) Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Berlin: Springer Nature, S. 438-455.

Kleinman, A. (1998). The illness narratives. Suffering, healing and the human condition. New York.

Lauth, G. W., Brunstein, J.C. Grüne, M. (2014). Lernstörungen im Überblick. In: Lauth, G. W., Grünke, M., Brunstein, J. C. (Hrsg.) Interventionen bei Lernstörungen. 2. überarb. Aufl. Göttingen: Hogrefe. S. 17-31.

Luteijn, I., VanDerNagel, J. E. L., van Duijvenbode, N., de Haan, H. A., Poelen, E. A. P., & Didden, R. (2020). Post-traumatic stress disorder and substance use disorder in individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: A review of treatment studies. Research in developmental disabilities, 105, 103753.

Martínez-Leal R, Folch A, Munir K, Novell R, Salvador-Carulla L. (2022). Borderline Intellectual Functioning Consensus Group. The Girona declaration on borderline intellectual functioning. *Lancet Psychiatry* 7(3):e8.

(<file:///C:/Users/Benutzer%201/Downloads/NIHMS1575042-supplement-Appendix.pdf>, letzter Zugriff 30.10.23)

Mathewson, K. J., Saigal, S., Van Lieshout, R. J., Schmidt, L.A. (2023). Intellectual functioning in survivors of extremely low birthweight: Cognitive outcomes in childhood and adolescence. *Journal of intellectual disability research* 67(3), 186–204.

Nouwens, P. J. G., Smulders, N. B. M., Embregts, P. J. C. M., van Nieuwenhuizen, C. (2020). Differentiating care for persons with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: a Delphi study on the opinions of primary and professional caregivers and scientists. *BMC Psychiatry*, 20(1), 57.

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (Deutsche Bearbeitung und Einführung) (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. übersetzt nach der vierten Aufl. des Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders der American Psychiatric Association Göttingen: Hogrefe.

Saß, H., Cording, C. (2021). Psychiatrische Diagnosesysteme, Konzepte psychischer Störungen, der zivil-rechtliche Krankheitsbegriff und das Problem der neurokognitiven Störungen in ICD-11. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* (2021) 15:4–12.

Schuntermann, M. F. (2022). Einführung in die ICF. Grundkurs - Übungen - offene Fragen. 6. Auflage. Heidelberg: ecomedMEDIZIN.

Seidel M. (2005). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit Ein neues Mitglied der Familie WHO-Klassifikationen. *Der Nervenarzt* 76(1), 79–92.

Seidel, M. (2013a). Menschen mit erworbenen Hirnschäden – keine Randgruppe in der Behindertenhilfe?! – Einführung in das Thema. In: Seidel, M. (Hrsg.) Menschen mit erworbenen Hirnschäden – (keine) Randgruppe in der Behindertenhilfe?! Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 16.3.2012 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 28. Berlin: Eigenverlag der DGSGB. S. 4-10

Seidel, M. (2013b). Geistige Behinderung und erworbene Hirnschäden - was sind die Unterschiede? In: Seidel, M. (Hrsg.) Menschen mit erworbenen Hirnschäden – (keine) Randgruppe in der Behindertenhilfe?! Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 16.3.2012 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 28. Berlin: Eigenverlag der DGSGB. S. 11-19.

Siefert, Jutta (2021). Anspruchsberechtigter Personenkreis aus der Eingliederungshilfe. In: Dr. Hohm, Karl-Heinz, Prof. Dr. Schellhorn, Helmut (Hrsg.) (2021). *Zeitschrift für die sozialrechtliche Praxis*. RS Schulz Verlag. S. 535-604.

Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.) (1958). Handbuch der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen. Auf der Grundlage der 7. Revisionskonferenz 1955 und gemäß der von der WHO-Vollversammlung angenommenen Regulationen. Bd. 1.Internationale und Deutsche Systematik. Stuttgart: Kohlhammer.

Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.) (1968). Handbuch der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD): 8. Revision. Bd. 1. Systematisches Verzeichnis. Stuttgart: Kohlhammer.

Staudinger, J. von & Klumpp, S (2017). Kommentar zum BGB. Berlin: de Gruyter.

Matthesius, R.-G., Jochheim, K.-A., Heinz, Chr. (1995). World Health Organization (ed.) (1980). ICDIDH – International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Teil 1: Die ICIDH – Bedeutung und Perspektiven. Teil 2 Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. Berlin: Ullstein Mosby.

Porst, R. (2014). Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden: Springer VS.

Vliegen, J. (1986). Endogenität. In: Müller, C. (Hrsg.) Lexikon der Psychiatrie. Gesammelte Abhandlungen der gebräuchlichsten psychiatrischen Begriffe. 2. Aufl. Berlin: Springer. 233-238.

Weitbrecht, H. J. (1973). Psychiatrie im Grundriss. 3., neubearb. Aufl. Berlin: Springer.

Wieland, J., Zitman, F.G. (2016). It is time to bring borderline intellectual functioning back into the main fold of classification systems. BJPsych Bull 40(4):204-206.

World Health Organization (ed.) (1980). ICDIDH – International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (ohne Datum). History of the development of the ICD. (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icd/historyoficd.pdf?sfvrsn=b9e617af_3&download=true) (letzter Zugriff 19.9.2023)

World Health Organization (1992) (ed.). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. Vol. 1. Geneva: WHO

World Health Organization (ed.) (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: World Health Organization.
Klassifikation in englischer Sprache verfügbar
Klassifikation in deutscher Sprache verfügbar
<https://icd.who.int/dev11/l-icf/en>

World Health Organization (2019) ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics

Online verfügbar:

ICD-11 (Version von 1/2023) in englischer Sprache: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (letzter Zugriff am 28.8.2023)

ICD-11 (Version von 1/2023) online in deutscher Sprache:

https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html (letzte Zugriff am 28.8.2023; erste unvollständige Entwurfsfassung einer deutschen Übersetzung, die auch unter Verwendung automatisierter Übersetzungsverfahren erstellt wurde).

Kommentare

1.

Dau / Düwell / Jousen / Luik (Hrsg.)

Sozialgesetzbuch IX

Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. SGB IX | BTHG | SchwbVVO | BGG

6. Auflage 2022

2.

Kossens / von der Heide / Maaß

SGB IX • Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

5. Auflage 2023

3.

Fuchs / Ritz / Rosenow

SGB IX - Kommentar zum Recht behinderter Menschen

mit Erläuterungen zum AGG und BGG

7., völlig neu bearbeitete Auflage 2021

4.

Ernst / Baur / Jäger-Kuhlmann (Hrsg.)

Sozialgesetzbuch IX

Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Loseblattwerk mit 44. Aktualisierung 2022

5.

Hauck / Noftz

Sozialgesetzbuch (SGB) IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Kommentar, Loseblattwerk mit 45. Aktualisierung 2020

6.

Feldes / Kohte / Stevens-Bartol (Hrsg.)

SGB IX - Sozialgesetzbuch Neuntes Buch

Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen - Kommentar für die Praxis

5., erweiterte und neu bearbeitete Auflage 2023

7.

Knittel (Hrsg.)

SGB IX - Kommentar

Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung

Kommentar 12. Auflage 2023

8.

Grube / Wahrendorf / Flint

SGB XII

Sozialhilfe mit Eingliederungshilfe (SGB IX Teil 2) und Asylbewerberleistungsgesetz

Kommentar

7. Auflage

Anhang

A: Eingliederungshilfe-Verordnung (gültig am 31.12.2019)

§ 1 Körperlich wesentlich behinderte Menschen

Durch körperliche Gebrechen wesentlich in ihrer Teilhabefähigkeit eingeschränkt im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind

1. Personen, deren Bewegungsfähigkeit durch eine Beeinträchtigung des Stütz- oder Bewegungssystems in erheblichem Umfang eingeschränkt ist,
2. Personen mit erheblichen Spaltbildungen des Gesichts oder des Rumpfes oder mit abstoßend wirkenden Entstellungen vor allem des Gesichts,
3. Personen, deren körperliches Leistungsvermögen infolge Erkrankung, Schädigung oder Fehlfunktion eines inneren Organs oder der Haut in erheblichem Umfang eingeschränkt ist.
4. Blinden oder solchen Sehbehinderten, bei denen mit Gläserkorrektur ohne besondere optische Hilfsmittel
 - a. auf dem besseren Auge oder beidäugig im Nahbereich bei einem Abstand von mindestens 30 cm oder im Fernbereich eine Sehschärfe von nicht mehr als 0,3 besteht oder
 - b. durch Buchstabe a nicht erfasste Störungen der Sehfunktion von entsprechendem Schweregrad vorliegen,
5. Personen, die gehörlos sind oder denen eine sprachliche Verständigung über das Gehör nur mit Hörhilfen möglich ist,
6. Personen, die nicht sprechen können, Seelentauben und Hörstummen, Personen mit erheblichen Stimmstörungen sowie Personen, die stark stammeln, stark stottern oder deren Sprache stark unartikuliert ist.

§ 2 Geistig wesentlich behinderte Menschen

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

§ 3 Seelisch wesentlich behinderte Menschen

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

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

B: Verordnung über den Leistungszugang in der Eingliederungshilfe

Entwurf des Verordnungstextes vom 18. Juni 2021

§ 1 Gegenstand der Verordnung

Wortlaut

Diese Verordnung bestimmt, wann eine wesentliche Behinderung im Sinne des § 99 Abs. 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) vorliegt.

Begründung

Für den Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe muss grundsätzlich eine wesentliche Behinderung im Sinne des § 99 SGB IX vorliegen oder drohen.

Zur Konkretisierung der wesentlichen Behinderung wird an der bereits in der Eingliederungshilfe-Verordnung enthaltenen folgenden Unterteilung festgehalten:

- § 2 (Beeinträchtigungen der körperlichen Funktionen und Strukturen einschließlich der Sinnesfunktionen): Konkretisierung der wesentlichen körperlichen oder Sinnesbehinderungen,
- § 3 (Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen): Konkretisierung der wesentlichen geistigen Behinderungen,
- § 4 (Beeinträchtigungen der psychischen Funktionen): Konkretisierung der wesentlichen seelischen Behinderungen.

Um einen Gleichlauf mit den in der deutschen Übersetzung der UN-BRK und auch den in § 2 Absatz 1 SGB IX verwendeten Begrifflichkeiten zu erreichen, werden insbesondere die Begriffe der „geistigen“ und „seelischen“ Behinderung in der Verordnung weiterhin in den §§ 3 und 4 aufgegriffen. Damit bleiben die Anschlussfähigkeit zu anderen Gesetzen und insbesondere die Kriterien zur Abgrenzung der Zuständigkeiten im Bereich der Eingliederungshilfe zwischen den Trägern der Eingliederungshilfe (SGB IX Teil 2) und den Trägern der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) unberührt.

Entscheidend für das Vorliegen einer wesentlichen Behinderung ist, dass die Beeinträchtigung in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren zu einer wesentlichen Einschränkung der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft führt. Die Grundlage dafür bildet das bio-psycho-soziale Modell der ICF.

Daher sind auch Personen als wesentlich behindert im Sinne des § 99 Abs. 1 SGB IX anzusehen, die erst durch die Kombination mehrerer in den § 2 Nr. 1 bis 6, § 3 und § 4 Nr. 1 bis 4 aufgeführten Beeinträchtigungen in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren wesentlich in der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind.

Bei der Prüfung der Leistungsberechtigung durch die Träger der Eingliederungshilfe sind die einschlägigen Disziplinen hinzuzuziehen, die über die erforderliche Fachkompetenz für einen aussagekräftigen Befund verfügen. Auf Grund des Unterschieds zwischen der Leistungsberechtigung und der Bedarfsermittlung können die für die Prüfung der Leistungsberechtigung heranzuziehenden Disziplinen dabei andere sein als die, die für die Ermittlung der individuellen Bedarfe an Leistungen der Eingliederungshilfe benötigt werden.

§ 2 VOLE Beeinträchtigungen der körperlichen Funktionen und Strukturen einschließlich der Sinnesfunktionen

Wortlaut	Begründung
<p>Durch Beeinträchtigungen der körperlichen Funktionen und Strukturen einschließlich der Sinnesfunktionen in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren wesentlich in ihrer gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt im Sinne einer wesentlichen körperlichen oder Sinnesbehinderung sind</p>	-
<p>1. Personen, deren Bewegungsfähigkeit durch eine Beeinträchtigung des Stütz- oder Bewegungssystems in erheblichem Umfange eingeschränkt ist,</p>	Nummer 1 entspricht dem bisherigen § 1 Nummer 1 EinglVO.
<p>2. Personen mit erheblichen Spaltbildungen des Gesichts oder des Rumpfes oder mit sonstigen Beeinträchtigungen des äußeren Erscheinungsbildes, vor allem des Gesichts, die sich erheblich auf interpersonelle Interaktionen und Beziehungen auswirken können,</p>	Der veraltete und stark defizitorientierte Wortlaut des bisherigen § 1 Nummer 2 EinglVO wird redaktionell an das neue Verständnis von Behinderung angepasst.

<p>3. Personen, deren körperliche Leistungsfähigkeit infolge Beeinträchtigung der Funktion oder Struktur eines inneren Organs oder der Haut in erheblichem Umfang eingeschränkt ist,</p>	<p>Zwecks Anpassung an die ICF wurden in Nummer 3 gegenüber dem bisherigen § 1 Nummer 3 redaktionell einige Begrifflichkeiten geändert (z. B. Leistungsfähigkeit statt Leistungsvermögen).</p>
<p>4. Personen, die blind sind oder Personen mit sonstigen erheblichen Beeinträchtigungen der Sehfunktionen und verwandten Funktionen, bei denen mit Gläserkorrektur ohne besondere optische Hilfsmittel</p> <p>a. auf dem besseren Auge oder beidäugig im Nahbereich bei einem Abstand von mindestens 30 cm oder im Fernbereich eine Sehschärfe von nicht mehr als 0,3 besteht oder</p> <p>b. durch Buchstabe a nicht erfasste Beeinträchtigungen der Funktion des Sehens von entsprechendem Schweregrad vorliegen,</p>	<p>Auch Nummer 4 entspricht mit wenigen redaktionellen Änderungen zur Anpassung an die Begrifflichkeiten der ICF und UN-BRK dem bisherigen § 1 Nummer 4 EinglVO.</p> <p>Der Blindheitsbegriff (Nummer 4 Alternative 1) entspricht demjenigen des § 72 Absatz 5 SGB XII sowie der jeweils gültigen Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung.</p> <p>Beeinträchtigungen der „Sehfunktionen“ sind insbesondere bei der Herabsetzung der Sehschärfe (Visus) oder bei Störungen der das Gesichtsfeld betreffenden Funktionen gegeben. Von den Beeinträchtigungen der „verwandten Funktionen“ hingegen sind insbesondere Augenbewegungsstörungen (z. B. Störungen der Funktionen des Augenlids, Funktionen der Augeninnenmuskeln oder externen Augenmuskeln, Funktionen der Tränendrüsen) umfasst.</p> <p>Damit „sonstige erhebliche Beeinträchtigungen der Sehfunktionen und verwandten Funktionen“ (Nummer 4 Alternative 2) vorliegen, müssen die Beeinträchtigungen der Sehfunktionen und verwandten Funktionen die in Nummer 4 Buchstabe a oder b normierten Voraussetzungen erfüllen. Entscheidend ist, dass die Funktion des Sehens in einem erheblichen Schweregrad beeinträchtigt ist.</p>
<p>5. Personen, die gehörlos sind oder deren Hörfunktion derart beeinträchtigt ist, dass ihnen eine Kommunikation nur mit Hörhilfen, mittels der Deutschen Gebärdensprache, lautsprachbegleitenden Gebärden oder anderen geeigneten Kommunikationshilfen möglich ist,</p>	<p>Der bisherige § 1 Nummer 5 EinglVO wird ebenfalls redaktionell an die Begrifflichkeiten der ICF angepasst.</p> <p>Im Zuge dessen wird klargestellt, dass unter Nummer 5 auch die Personen mit Beeinträchtigung ihrer Hörfunktionen zu subsumieren sind, die nur mithilfe der Deutschen Gebärdensprache, lautsprachbegleitenden Gebärden oder anderen geeigneten Kommunikationshilfen (vgl. § 3 Kommunikationshilfen-Verordnung) kommunizieren können.</p>
<p>6. Personen, die nicht sprechen können oder erhebliche Beeinträchtigungen der Sprach-, Sprech- oder Stimmfunktionen einschließlich der</p>	<p>Der bisherige § 1 Nummer 6 EinglVO wird modernisiert.</p>

Beeinträchtigung des Sprachverständnisses aufweisen; diese Beeinträchtigungen sind stets dann erheblich, wenn eine Verständigung mit nicht vertrauten Personen kaum möglich ist.

Unter den neuen Begriff „Beeinträchtigungen der Sprach- und Sprechfunktionen“ fallen insbesondere Stammelnen, Stottern und zentrale Sprachstörungen (z. B. motorische und sensorische Aphasie). Beispielsweise organische Stimmstörungen (z. B. Störungen der Stimmbildung ausgelöst durch eine Kehlkopferkrankung) werden hingegen von dem Begriff „Beeinträchtigungen der Stimmfunktionen“ erfasst.

Mit dem Einschub „Beeinträchtigung des Sprachverständnisses“ wird sichergestellt, dass Personen, die das durch das Ohr Aufgenommene nicht verstehen und mit begrifflichen Vorstellungen verbinden können (Seelentaube) wie bisher von Nummer 6 erfasst sind. Auch Personen, die zwar das durch das Ohr Aufgenommene verstehen und mit begrifflichen Vorstellungen verbinden können, aber nicht in der Lage sind, das Gehörte für die Sprache zu verwerten (Hörstumme) unterfallen weiterhin über „Personen, die nicht sprechen können“ dieser Nummer.

§ 3 VOLE Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen

Wortlaut

Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen, die in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren zu einer wesentlichen Einschränkung der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft im Sinne einer wesentlichen geistigen Behinderung führen, liegen vor, wenn diese so erheblich sind, dass sie mit erheblichen Einschränkungen der Anpassungsfähigkeit in kognitiven, sozialen und alltagspraktischen Bereichen verbunden sind und in der frühen Entwicklungsphase beginnen.

Begründung

Eine Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionen muss für das Vorliegen einer wesentlichen geistigen Behinderung folgende drei Kriterien, die sich an dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-5) orientieren, erfüllen:

1. Es müssen Beeinträchtigungen in intellektuellen Funktionen, wie beispielsweise Schlussfolgern, Problemlösen, Planen, abstraktem Denken, Urteilen, schulischem Lernen und Lernen aus Erfahrung vorliegen. Abweichungen von der allgemeinen intellektuellen Leistungsfähigkeit sollen durch individualisierte, standardisierte Verfahren zur testpsychologischen Überprüfung von Intelligenzminderung (Intelligenztests) bestätigt werden.
2. Daneben müssen erhebliche Einschränkungen in der Anpassungsfähigkeit bestehen, wodurch entwicklungsbezogene und soziokulturelle Standards von Selbstständigkeit und sozialer Kompetenz nicht erreicht werden. Die Anpassungsfähigkeit beinhaltet das adaptive Schlussfolgern im kognitiven, sozialen und alltagspraktischen Bereich.

Der kognitive Bereich umfasst u. a. Kompetenzen in Bezug auf Gedächtnis, Sprache, Problemlösen. Der soziale Bereich bezieht u. a. Empathie und interpersonelle Kommunikationsfertigkeiten mit ein. Der alltagspraktische Bereich beinhaltet u. a. das Erlernen und die selbständige Bewältigung von alltäglichen Aufgaben in verschiedenen Bereichen.

Ohne eine kontinuierliche Unterstützung würden diese adaptiven Beeinträchtigungen das Funktionsniveau bei Aktivitäten des täglichen Lebens und in mehreren Bereichen wie beispielsweise Familie, häusliches Leben, soziales Umfeld, Schule und Arbeit einschränken.

3. Diese intellektuellen und adaptiven Beeinträchtigungen müssen in der frühen Entwicklungsphase beginnen und sich damit letztlich vor dem 18. Lebensjahr manifestieren (in der Fachpraxis wird daher auch von intellektuellen Entwicklungsstörungen gesprochen).

Vor diesem Hintergrund sollten zur Ermittlung der „Wesentlichkeit“ der Behinderung nach § 3 neben Verfahren zur testpsychologischen Überprüfung von Intelligenzminderung (Intelligenztests) auch andere Erfassungsinstrumente genutzt und deren Befunde in den Gesamtzusammenhang gestellt werden. Die Nutzung anderer Erfassungsinstrumente ist insbesondere in den Fällen von Relevanz, in denen Verfahren zur testpsychologischen Überprüfung von Intelligenzminderung schwierig oder unmöglich sind (z. B. aufgrund von bestehenden sensorischen oder körperlichen Beeinträchtigungen, bei schweren Verhaltensauffälligkeiten, bei Kleinkindern).

§ 4 VOLE Beeinträchtigungen der psychischen Funktionen

Wortlaut

Beeinträchtigungen der psychischen Funktionen, die in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren eine wesentliche Einschränkung der gleichberechtigten Teilhabe an der

Begründung

Für eine wesentliche seelische Behinderung müssen nach § 4 folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Es muss eine Beeinträchtigung der psychischen Funktionen durch die in den Nummern 1 bis 4 abschließend genannten Diagnosen vorliegen.

Gesellschaft im Sinne einer wesentlichen seelischen Behinderung zur Folge haben können, resultieren aus folgenden Gesundheitsstörungen:

2. Infolge der Beeinträchtigung der psychischen Funktionen muss die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren wesentlich eingeschränkt sein.

Entscheidend ist daher für das Vorliegen einer wesentlichen seelischen Behinderung nicht das Ausmaß der Beeinträchtigung der psychischen Funktionen, sondern, wie sich die Beeinträchtigung auf die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft auswirkt.

Hinweise für das Ausmaß dieser Teilhabeeinschränkung können dabei beispielsweise Brüche im Lebenslauf geben (z. B. kein Erreichen eines Schulabschlusses trotz entsprechender Begabung, misslungene berufliche Integration, Verlust sozialer Bezüge in Partnerschaft, Familie und Freundeskreis).

1. Körperlich nicht begründbaren Psychosen,	Nummer 1 entspricht dem bisherigen § 3 Nummer 1 EinglVO.
2. Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, Anfallsleiden oder anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen, deren Folge Beeinträchtigungen der psychischen Funktionen einschließlich neurokognitiver Beeinträchtigungen sind,	<p>Neurokognitive Beeinträchtigungen waren im bisherigen § 3 EinglVO nicht explizit benannt. In der Praxis wurden sie jedoch bereits unter § 3 Nummer 2 EinglVO subsumiert.</p> <p>Zur Rechtssicherheit und Rechtsklarheit werden die neurokognitiven Beeinträchtigungen nun explizit in Nummer 2 erwähnt. Dadurch soll insbesondere klargelegt werden, dass Beeinträchtigungen im neurokognitiven Bereich, die aus erworbenen Hirnschädigungen resultieren, den „Beeinträchtigungen der psychischen Funktionen“ (seelischen Beeinträchtigungen) und nicht den „Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen“ (geistigen Beeinträchtigungen) zuzuordnen sind.</p> <p>Neurokognitive Beeinträchtigungen können sowohl im Kindes- als auch im Erwachsenenalter auftreten. In der Regel sind sie jedoch nicht durch eine seit der Geburt oder frühesten Kindheit bestehende kognitive Beeinträchtigung charakterisiert, sondern werden vielmehr erst im Laufe des Lebens erworben. Sie zeichnen sich durch den Rückgang eines einmal erreichten kognitiven Funktions- und Leistungsniveaus insbesondere im Erwachsenenalter aus und sind damit nicht als Entwicklungsstörung einzuordnen.</p> <p>Bei Hirnschädigungen vor dem 18. Lebensjahr ist für die Zuordnung zur Gruppe der „Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen“ oder der „Beeinträchtigungen der</p>

psychischen Funktionen“ im Bereich der Neurokognition letztlich das Beeinträchtigungsbild in seiner Gesamtheit entscheidend. Die erfolgte Klarstellung erübrigt bei dieser Personengruppe zwar nicht die Zuordnung, erleichtert diese jedoch.

Neurokognitive Beeinträchtigungen können infolge von unterschiedlichen Erkrankungen (z. B. eines Schädel-Hirn-Traumas, Demenz oder einer Parkinson-Erkrankung) entstehen, bei denen die primäre Beeinträchtigung aus Einbußen der kognitiven Funktionen besteht. Auch wenn kognitive Beeinträchtigungen bei vielen psychischen Erkrankungen vorkommen können, unterfallen nur solche den neurokognitiven Beeinträchtigungen, bei denen das Hauptmerkmal die kognitiven Einbußen sind. Zu den charakteristischen Symptomen gehören Einschränkungen der komplexen Aufmerksamkeit, der Exekutivfunktionen, des Gedächtnisses und der Sprache.

3. Abhängigkeitserkrankungen,	Im Gegensatz zum bisherigen § 3 EinglVO werden in Anbetracht der aktuellen psychiatrischen Nomenklatur in Nummer 3 „Suchtkrankheiten“ durch „Abhängigkeitserkrankungen“ [...] ersetzt.
4. Neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen, Affektive Störungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und tiefgreifende Entwicklungsstörungen.	<p>Im Gegensatz zum bisherigen § 3 EinglVO werden in Anbetracht der aktuellen psychiatrischen Nomenklatur [...] in Nummer 4 „Neurosen und Persönlichkeitsstörungen“ durch „Neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen, Affektive Störungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ ersetzt.</p> <p>„Tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ wurden bereits bisher den „seelischen“ Beeinträchtigungen zugeordnet. Durch die Aufnahme der Begrifflichkeit in den Wortlaut des § 4 bleiben daher auch die bisherigen Abgrenzungskriterien bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen im Bereich der Eingliederungshilfe für die Entscheidung über die Zuständigkeit der Träger der Eingliederungshilfe (SGB IX Teil 2) oder der Träger der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) unberührt.</p>

Formulierungsalternative I für § 3

Verordnungstext	„Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen, die in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren zu einer wesentlichen Einschränkung der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft im Sinne einer wesentlichen geistigen Behinderung führen, liegen vor, wenn diese so erheblich sind, dass sie mit erheblichen Einschränkungen der Anpassungsfähigkeit in kognitiven, sozialen und alltagspraktischen Bereichen verbunden sind und in der frühen Entwicklungsphase beginnen.“
Begründung	<p><i>„Eine Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionen muss für das Vorliegen einer wesentlichen geistigen Behinderung folgende drei Kriterien, die sich an dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-5) orientieren, erfüllen:</i></p> <p><i>1. Es müssen Beeinträchtigungen in intellektuellen Funktionen, wie beispielsweise Schlussfolgern, Problemlösen, Planen, abstraktem Denken, Urteilen, schulischem Lernen und Lernen aus Erfahrung vorliegen. Abweichungen von der allgemeinen intellektuellen Leistungsfähigkeit sollen durch individualisierte, standardisierte Verfahren zur testpsychologischen Überprüfung von Intelligenzminderung (Intelligenztests) bestätigt werden.</i></p> <p><i>2. Daneben müssen erhebliche Einschränkungen in der Anpassungsfähigkeit bestehen, wodurch entwicklungsbezogene und soziokulturelle Standards von Selbstständigkeit und sozialer Kompetenz nicht erreicht werden. Die Anpassungsfähigkeit beinhaltet das adaptive Schlussfolgern im kognitiven, sozialen und alltagspraktischen Bereich.</i></p> <p><i>Der kognitive Bereich umfasst u. a. Kompetenzen in Bezug auf Gedächtnis, Sprache, Problemlösen. Der soziale Bereich bezieht u. a. Empathie und interpersonelle Kommunikationsfertigkeiten mit ein. Der alltagspraktische Bereich beinhaltet u. a. das Erlernen und die selbständige Bewältigung von alltäglichen Aufgaben in verschiedenen Bereichen.</i></p> <p><i>Ohne eine kontinuierliche Unterstützung würden diese adaptiven Beeinträchtigungen das Funktionsniveau bei Aktivitäten des täglichen Lebens und in mehreren Bereichen wie beispielsweise Familie, häusliches Leben, soziales Umfeld, Schule und Arbeit einschränken.</i></p> <p><i>3. Diese intellektuellen und adaptiven Beeinträchtigungen müssen in der frühen Entwicklungsphase beginnen und sich damit letztlich vor dem 18. Lebensjahr manifestieren (in der Fachpraxis wird daher auch von intellektuellen Entwicklungsstörungen gesprochen).</i></p> <p><i>Vor diesem Hintergrund sollten zur Ermittlung der „Wesentlichkeit“ der Behinderung nach § 3 neben Verfahren zur testpsychologischen Überprüfung von Intelligenzminderung (Intelligenztests) auch andere Erfassungsinstrumente genutzt und deren Befunde in den Gesamtzusammenhang gestellt werden. Die Nutzung anderer Erfassungsinstrumente ist insbesondere in den Fällen von Relevanz, in denen Verfahren zur testpsychologischen Überprüfung von</i></p>

	<i>Intelligenzminderung schwierig oder unmöglich sind (z. B. aufgrund von bestehenden sensorischen oder körperlichen Beeinträchtigungen, bei schweren Verhaltensauffälligkeiten, bei Kleinkindern).“</i>
--	--

Formulierungsalternative II für § 3

Verordnungstext	Der Verordnungstext für Alternative 2 entspricht der Ausgangsformulierung.
Begründung	<p>Ebenso entspricht die Begründung der Ausgangsformulierung, ist aber um folgende Passage ergänzt:</p> <p><i>„Der Begriff Lernbehinderung – IQ oberhalb von 70 (ICD-10) oder 75 (DSM IV) – umschreibt im deutschen Sprachgebrauch allgemeine Lern- und Entwicklungsschwierigkeiten, die von umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (ICD-10 F 81) wie Lese-Rechtschreibschwäche oder Dyskalkulie einerseits und Intelligenzminderung (ICD-10 F 70-F73) andererseits abgegrenzt werden müssen. Eine wesentliche Beeinträchtigung der Teilhabe ist dadurch in der Regel nicht bedingt.“</i></p>

Formulierungsalternative III für § 3

Verordnungstext	<p>Der Verordnungstext entspricht dem der Ausgangsformulierung, allerdings um folgende fett markierte Passage ergänzt:</p> <p><i>„Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen, die in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren zu einer wesentlichen Einschränkung der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft im Sinne einer wesentlichen geistigen Behinderung führen, liegen vor, wenn sie mit erheblichen Einschränkungen der Anpassungsfähigkeit in kognitiven – in den Ergebnissen standardisierter Tests mindestens zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert –, in sozialen und alltagspraktischen Bereichen verbunden sind und in der frühen Entwicklungsphase beginnen.“</i></p>
Begründung	<p><i>„Eine Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionen muss für das Vorliegen einer wesentlichen geistigen Behinderung folgende drei Kriterien, die sich an dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-5) orientieren, erfüllen:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Es müssen Beeinträchtigungen in intellektuellen Funktionen, wie beispielsweise Schlussfolgern, Problemlösen, Planen, abstraktem Denken, Urteilen, schulischem Lernen und Lernen aus Erfahrung vorliegen. Abweichungen von der allgemeinen intellektuellen Leistungsfähigkeit sollen durch individualisierte, standardisierte Verfahren zur testpsychologischen Überprüfung der kognitiven Fähigkeiten bestätigt werden, deren Ergebnisse mindestens zwei Standardabweichungen unter dem für den Test normierten Mittelwert liegen. (...)“</i> <p>Die restliche Begründung entspricht der Ausgangsformulierung.</p>

C: Fragebogen zur Verwaltungspraxis

1. Prüfen Sie in der Regel, ob die Leistungsvoraussetzungen nach § 99 SGB IX vorliegen unabhängig von der oder gemeinsam mit der Ermittlung des Leistungsbedarfs?
 - immer getrennt
 - in der Regel getrennt
 - in der Regel gemeinsam
 - immer gemeinsam
2. Verwenden Sie zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen Kriterien der ICF?
 - nein, gar nicht
 - in der Regel nicht
 - immer
3. Soweit Sie für die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen auf Kriterien der ICF zugreifen, welche sind das?
 - Schädigungen der Körperfunktionen
 - Schädigungen der Körperstrukturen
 - Beeinträchtigungen der Aktivität und der Teilhabe
 - Beurteilungsmerkmale der ICF (Schweregrad usw.)
 - Umweltfaktoren

*Mehrfachnennungen möglich

4. Welche Unterlagen liegen Ihnen in der Regel bei der zu treffenden Feststellung ohne weitere Ermittlungen vor?
 - Antrag
 - Medizinische Unterlagen
 - Befundbericht Hausarzt
 - Krankenhausbericht
 - Entlassungsbericht einer Reha-Einrichtung
 - Sachverständigengutachten
 - Stellungnahme des Medizinischen Dienstes
 - des Versorgungsamtes
 - Sozialbericht
 - Sonstige

*Mehrfachnennungen möglich

5. Welche Unterlagen ziehen Sie zur Prüfung der Wesentlichkeit der Behinderung regelmäßig ergänzend bei, weil die zunächst vorliegenden Unterlagen für die zu treffende Feststellung nicht ausreichen?
 - Verwaltungsunterlagen
Welche? _____
 - Medizinische Unterlagen
Ggfls. welche? _____
 - Intelligenztest
 - Beurteilung eines Pädagogischen Sachverständigen

- Gutachten von Psychologen
- Sozialberichte von Sozialarbeitern
- Sonstige

*Mehrfachnennungen möglich

6. Welchen Stellenwert messen Sie den medizinischen Unterlagen zur Beurteilung der Wesentlichkeit der Behinderung bei?
- hoch – entscheidend
 - mittel – reicht allein nicht aus
 - niedrig – geringe Aussagefähigkeit
7. Entscheiden Sie selbst, ob weitere Unterlagen beizuziehen sind?
- ja
 - nein
- Wenn nein, wer dann? _____
8. Sind in den unter Ziffer 5 genannten Unterlagen über rein medizinische Aussagen zu Art und Schwere der Erkrankung/Behinderung hinaus Angaben zu den Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder Teilhabe im Sinne der ICF sowie zu evtl. Kontextfaktoren enthalten?
- immer
 - regelmäßig
 - selten
 - nie
- Welche?

-
9. Entscheiden Sie selbst, ob die Leistungsvoraussetzungen gegeben sind?
- ja
 - nein
 - Wenn nein, wer dann?
 - unmittelbarer Vorgesetzter
 - übergeordneter Vorgesetzter
 - Team
 - _____
- *Mehrfachnennungen möglich

10. Welche Hilfsmittel oder Unterstützer stehen Ihnen bei der Entscheidungsfindung zur Verfügung?
- Interne Arbeits-/Dienstanweisungen
 - Kommentare zu gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen
 - Orientierungshilfe der BAGüS
 - ICF-Checkliste der WHO (Version 2.1a, medizinisches Formblatt)
 - Ärztlicher Sachverständiger
 - Sonstiges

*Mehrfachnennungen möglich

11. Ist Ihnen der DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) bekannt?
 - Nein
 - Ja
 - Wenn ja, arbeiten Sie damit?
 - Nein
 - Ja
 - Wenn ja, erhalten Sie von Ärzten/Sachverständigen Unterlagen/Berichte mit Diagnoseschlüsseln auf der Basis des DSM-5?
 - Nein
 - Selten
 - Regelmäßig

12. Wenn Sie einen ärztlichen Sachverständigen (intern oder extern) hinzuziehen: Benötigen Sie die Stellungnahme im Rahmen der Klärung der Leistungsberechtigung vornehmlich zur
 - Art der Behinderung
 - Wesentlichkeit der Behinderung
 - Beeinträchtigung der Teilhabe
 - Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung

13. Welche Informationen sind Ihres Erachtens im Rahmen der Feststellung der Wesentlichkeit einer Behinderung erforderlich?
 - Halten Sie neben der Angabe einer medizinischen Diagnose (nach ICD-10) Angaben zur Beeinträchtigung der Aktivitäten bzw. Teilhabe im Sinne der ICF für ...
 - unverzichtbar
 - wünschenswert
 - nicht notwendig
 - Spielt in Ihrer Praxis bei der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen bisher die ICF eine Rolle?
 - ja
 - nein
 - Wenn ja, welche_____

14. Für die Anwendung welcher Vorschriften halten Sie die Klärung der Erheblichkeit des Krankheitstatbestandes für unverzichtbar?
 - § 1 EinglHV
 - § 2 EinglHV
 - § 3 EinglHV

15. Wie ist die Erheblichkeit des Krankheitstatbestandes in die rechtliche Beurteilung der „Wesentlichkeit“ der Behinderung einzuordnen?
- Nehmen Sie es als Problem wahr, die beiden Begriffe im Verhältnis zueinander zu beurteilen?
 - nein
 - Ja
 - Wenn ja, wie verstehen Sie die Begriffe?
 - Synonym
 - Unterschiedlich
 - Auf welchen Begriff stützen Sie Ihre Entscheidung der Wesentlichkeit i. S. v. § 99 Abs. 1 SGB IX?
-

16. Was halten Sie für die Feststellung der „Wesentlichkeit“ der Behinderung für bedeutsam?
- den Grad der Behinderung i. S. d. Schwerbehindertenrechts
 - einen Pflegegrad der Pflegeversicherung
 - das Maß der Erwerbsminderung im Sinne des Rentenrechts
 - Entscheidungen zur gesetzlichen Betreuung
 - Sonstige _____

17. Hat die beantragte Leistungsart Auswirkungen auf die Art und Tiefe der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen?
- ja
Wenn ja, in welcher Weise?

 - nein

D: Fragebögen zur rechtlichen Würdigung

Version I: Rechtliche Würdigung der EinglHV

1. Verhältnis zwischen § 2 SGB IX und § 99 SGB IX
 - Spielt der allgemeine Behinderungsbegriff des § 2 SGB IX bei der Anwendung des § 99 SGB IX eine Rolle?
 - Nein
 - Ja
 - Wenn ja, welche?
 - Große
 - Mittlere
 - Keine

2. Werden die einzelnen Tatbestandsmerkmale des § 2 SGB IX bei der Anwendung des § 99 SGB IX geprüft?
 - Nein
 - Ja
 - Wenn ja,
 - Prüfen Sie zunächst die Tatbestandsmerkmale des § 2 SGB IX und in einem 2. Schritt die des § 99 SGB IX?oder
 - Prüfen Sie die Tatbestandsmerkmale bei den Regelungen gemeinsam?

3. Findet die Prüfung bei den einzelnen Tatbestandsmerkmalen des § 2 Abs. 1 SGB IX statt?
 - a) Körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen?
 - Nein
 - Ja
 - b) Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren?
 - Nein
 - Ja
 - c) Hinderung der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft?
 - Nein
 - Ja
 - d) Mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate?
 - Nein
 - Ja
 - e) Abweichen des Körper- und Gesundheitszustandes von dem für das Lebensalter typischen Zustand?
 - Nein
 - Ja

4. Prüfen Sie bei der Beurteilung der Wesentlichkeit der Behinderung nach § 1 EinglHV,
 - dass der / die Betroffene nach seiner Diagnose einer der in den Nrn. 1 bis 6 genannten Personen zuzuordnen ist?
 - darüber hinaus, ob die mit der Diagnose bezeichnete Krankheit eine erhebliche Einschränkung der Teilhabe bewirkt?

5. Prüfen Sie bei der Beurteilung der Wesentlichkeit der Behinderung nach § 2 EinglHV
- dass die Person in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt ist
 - darüber hinaus, wie erheblich die Einschränkung im Alltagsleben ist

Auf welche Grundlage stützen Sie diese Prüfung?

- Diagnose
- Testpsychologische Prüfung
- Sozialbericht o. ä.
- Sonstiges

*Mehrfachnennungen zulässig

6. Prüfen Sie bei der Beurteilung der Wesentlichkeit der Behinderung nach § 3 EinglHV
- dass der / die Betroffene nach seiner Diagnose einer der in Nrn. 1 bis 4 genannten Krankheitsgruppen zuzuordnen ist
 - darüber hinaus das Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung?

Auf welche Grundlage stützen Sie diese Prüfung?

- Diagnose
- Entwicklung im Alltagsleben
- Sonstiges

*Mehrfachnennungen zulässig

7. Tatbestandsmerkmal „Aussicht auf Erfüllung der Aufgabe der Eingliederungshilfe“ § 99 Abs. 1 SGB IX enthält als weiteres Tatbestandsmerkmal folgende Formulierung: *„wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe nach § 90 erfüllt werden kann“*.

- Spielt diese Voraussetzung bei der Anwendung des § 99 SGB IX eine Rolle?
 - Nein
 - Ja
 - Wenn ja, in welchem Zusammenhang:
 - Zugehörigkeit zum leistungsberechtigten Personenkreis
 - Abgrenzung zum Zuständigkeitsbereich anderer Leistungsträger
 - Gewährung und Gestaltung der Leistungen
 - Anderer Zusammenhang:
 - _____

8. „Von einer wesentlichen Behinderung bedroht“ im Sinne des § 99 Abs. 2 SGB IX Spielt der Personenkreis der von einer wesentlichen Behinderung bedrohten Menschen bei der Prüfung des § 99 SGB IX eine Rolle?

- Nein
 - Ja
 - Wenn ja, wie wird das Merkmal geprüft:
 - Regelmäßig
 - Anlassbezogen
 - Sonstiges
-

9. „Andere“ Fälle im Sinne des § 99 Abs. 3 SGB IX

Prüfen Sie, ob Menschen mit „*anderen*“ geistigen, seelischen, körperlichen oder Sinnesbeeinträchtigungen, durch die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren in der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind, nach § 99 Abs. 3 SGB IX Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten können?

- Nein
- Ja
- Wenn ja, in welchen Fällen? _____
- Wenn ja, findet die Prüfung regelmäßig statt:
 - Nein
 - Ja

10. Verhältnis § 99 SGB IX und EinglH-VO

Kommt es bei der Prüfung des § 99 SGB IX vor, dass Sie eine wesentliche Beeinträchtigung der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft im Sinne des § 99 SGB IX feststellen, ohne dass eine wesentliche Behinderung im Sinne der EinglH-VO vorliegt?

- Nein
- Ja
- Wenn ja, in welchen Fällen?

-
- Wie verfahren Sie dann in diesen Fällen?
-

Version II: Rechtliche Würdigung der VOLE

1. Prüfen Sie bei der Beurteilung der Wesentlichkeit der Behinderung nach § 2 VOLE,
 - dass der / die Betroffene nach seiner Diagnose einer der in den Nrn. 1 bis 6 genannten Personen zuzuordnen ist?
 - darüber hinaus, ob die mit der Diagnose bezeichnete Krankheit eine erhebliche Einschränkung der Teilhabe bewirkt?
2. Prüfen Sie bei der Beurteilung der Wesentlichkeit der Behinderung nach § 3 VOLE
 - dass die Person in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt ist
 - darüber hinaus, wie erheblich die Einschränkung im Alltagsleben ist?

Auf welche Grundlage stützen Sie diese Prüfung?

- Diagnose
- Testpsychologische Prüfung
- Sozialbericht o.ä.
- Sonstiges

*Mehrfachnennungen zulässig

3. Prüfen Sie bei der Beurteilung der Wesentlichkeit der Behinderung nach § 4 VOLE
 - dass der / die Betroffene nach seiner Diagnose einer der in Nrn. 1 bis 4 genannten Krankheitsgruppen zuzuordnen ist
 - darüber hinaus das Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung?

Auf welche Grundlage stützen Sie diese Prüfung?

- Diagnose
- Entwicklung im Alltagsleben
- Sonstiges

*Mehrfachnennungen zulässig

Ergibt sich nach Ihrer Auffassung durch die VOLE bei der Beantwortung der nachfolgenden Fragen eine Veränderung im Verhältnis zu Ihren Antworten zu den gleichen Fragen im Rahmen der Fallbearbeitung nach der Eingliederungshilfeverordnung?

- *nein*
- *ja*

Wenn ja, beantworten Sie bitte die Fragen erneut im Lichte der VOLE:

4. Spielt der allgemeine Behinderungsbegriff des § 2 SGB IX bei der Anwendung des § 99 SGB IX eine Rolle?
 - Nein
 - Ja

Wenn ja, welche?

- Große
- Mittlere
- Keine

- a. Werden die einzelnen Tatbestandsmerkmale des § 2 SGB IX bei der Anwendung des § 99 SGB IX geprüft?
- Nein
 - Ja
 - Wenn ja,
 - Prüfen Sie zunächst die Tatbestandsmerkmale des § 2 SGB IX und in einem 2. Schritt die des § 99 SGB IX?
- oder*
- Prüfen Sie die Tatbestandsmerkmale beider Regelungen gemeinsam?
- b. Findet die Prüfung bei den einzelnen Tatbestandsmerkmalen des § 2 Abs. 1 SGB IX statt?
- Körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen?
 - Nein
 - Ja
 - Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren?
 - Nein
 - Ja
 - Hinderung der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft?
 - Nein
 - Ja
 - Mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate?
 - Nein
 - Ja
 - Abweichen des Körper- und Gesundheitszustandes von dem für das Lebensalter typischen Zustand?
 - Nein
 - Ja
5. Tatbestandsmerkmal „Aussicht auf Erfüllung der Aufgabe der Eingliederungshilfe“ § 99 Abs. 1 SGB IX enthält als weiteres Tatbestandsmerkmal folgende Formulierung: *„wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe nach § 90 erfüllt werden kann“*.
- Spielt diese Voraussetzung bei der Anwendung des § 99 SGB IX eine Rolle?
 - Nein
 - Ja
 - Wenn ja, in welchem Zusammenhang:
 - Zugehörigkeit zum leistungsberechtigten Personenkreis
 - Abgrenzung zum Zuständigkeitsbereich anderer Leistungsträger
 - Gewährung und Gestaltung der Leistungen
 - Anderer Zusammenhang:
 - _____
6. „Von einer wesentlichen Behinderung bedroht“ im Sinne des § 99 Abs. 2 SGB IX. Spielt der Personenkreis der von einer wesentlichen Behinderung bedrohten Menschen bei der Prüfung des § 99 SGB IX eine Rolle?
- Nein
 - Ja
 - Wenn ja, wie wird das Merkmal geprüft:
 - Regelmäßig
 - Anlassbezogen

- Sonstiges
-

7. „Andere“ Fälle im Sinne des § 99 Abs. 3 SGB IX

Prüfen Sie, ob Menschen mit „*anderen*“ geistigen, seelischen, körperlichen oder Sinnesbeeinträchtigungen, durch die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren in der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind, nach § 99 Abs. 3 SGB IX Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten können?

- Nein
- Ja
- Wenn ja, in welchen Fällen? _____
- Wenn ja, findet die Prüfung regelmäßig statt:
 - Nein
 - Ja

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales kostenlos herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Publikation dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Außerdem ist diese kostenlose Publikation – gleichgültig wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Publikation dem Empfänger zugegangen ist – nicht zum Weiterverkauf bestimmt.

Alle Rechte einschließlich der fotomechanischen Wiedergabe und des auszugsweisen Nachdrucks vorbehalten.