

Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen

Die Empfehlungen (DV 12/25) wurden am 25. März 2026 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.

1. Einleitung

Das Recht der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen wurde durch das 2016 verabschiedete Bundesteilhabegesetz (BTHG) umfassend reformiert. Mehr als fünf Jahre nach Inkrafttreten der dritten Reformstufe zum 1. Januar 2020 bestehen zum Teil immer noch große Herausforderungen bei der Umsetzung des BTHG. Dies betrifft u.a. das Bedarfsermittlungsverfahren, welches von allen beteiligten Akteuren als deutlich zu aufwendig und komplex angesehen wird. Anspruchsvoll und herausfordernd bleibt auch die Sicherstellung einer personenzentrierten Leistungserbringung. Das zeigt sich auch an den zum Teil langandauernden und schwierigen Verhandlungen zu den Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen. Der jährlich veröffentlichte Teilhabeverfahrensbericht zeigt, dass zudem das trägerübergreifende Teilhabeplanverfahren in der Praxis noch eher selten zum Einsatz kommt.¹ Eine weitere Herausforderung stellt der Mangel an bezahlbarem und barrierefreiem Wohnraum dar, der Menschen mit Behinderungen betrifft, die außerhalb von besonderen Wohnformen leben möchten.

Erschwerend kommt hinzu, dass sich die Rahmenbedingungen für die Umsetzung des BTHG zunehmend verändern. In der Eingliederungshilfe zeichnet sich seit Längerem ein Arbeits- und Fachkräftemangel ab, der sich weiter zuspitzt und vielerorts zu der kritischen Situation führt, dass Angebote für Menschen mit Behinderungen teilweise eingeschränkt oder sogar zurückgefahren werden müssen. Eine große Anzahl an Arbeits- und Fachkräften in der Eingliederungshilfe wird zu-



Ihre Ansprechpartnerin im Deutschen Verein:

Alexandra Nier,

wissenschaftliche Referentin, AF VI „Alter, Pflege, Rehabilitation, Sozialplanung“ im Deutschen Verein, Berlin.

Foto: Carolin-Weinkopf

dem in den kommenden Jahren in den Ruhestand gehen. Demgegenüber steht ein steigender Bedarf an Arbeits- und Fachkräften aufgrund des wachsenden Bedarfs an Unterstützung für Menschen mit Behinderungen und der notwendigen personenzentrierten Weiterentwicklung von Angeboten.

Zudem sind die deutlich gewachsenen Kosten in der Eingliederungshilfe und der damit einhergehende steigende Kostendruck in den Kommunen und Ländern auch aufgrund der prekären finanziellen Haushaltslagen ein großes Problem. Vor diesem Hintergrund hat sich die Diskussion um die Weiterentwicklung der Leistungen der Eingliederungshilfe verschärft. In dem Zusammenhang werden auch Fragen von Qualität und Standards kritisch verhandelt. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes sind die Nettoausgaben in der Eingliederungshilfe bundesweit in den Jahren 2017 bis 2024 von 17,2 Milliarden Euro² auf 28,7 Milliarden Euro³ gestiegen (plus 66,86 %). Die Ursachen für die erhebliche Kostenentwicklung in der Eingliederungshilfe sind dabei komplex. Nach dem Abschlussbericht der Finanzuntersuchung zum BTHG ist ein

1 Vgl. Teilhabeverfahrensbericht 2024 der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/THVB/6_THVB_2024.pdf (letzter Abruf: 25. August 2025).

2 https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/08/PD18_298_221.html (letzter Abruf: 30. März 2026).

3 <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/eingliederungshilfe.html> (letzter Abruf: 30. März 2026).

großer Anteil der Kostenentwicklung auf die allgemeine Entwicklung der Personal- und Sachkosten z.B. durch die Tarifsteigerungen und auf den Anstieg der Leistungsbeziehenden zurückzuführen, das BTHG hat zumindest teilweise zu den steigenden Kosten beigetragen.⁴ Zwar lässt sich die weitere Kostenentwicklung nicht vollständig vorhersehen. Allerdings zeichnet sich die Tendenz ab, dass die Kosten weiter steigen werden. Aus Sicht des Deutschen Vereins sind Weiterentwicklungen der Strukturen der Eingliederungshilfe nach SGB IX notwendig und sinnvoll, um einerseits den gestiegenen bürokratischen Aufwand bezüglich der Verwaltungsverfahren⁵ und andererseits den steigenden Ausgaben entgegen zu wirken. Darüber hinaus sind der Bund und die Länder gefordert, dringend nachhaltige und sichere Finanzierungsansätze für die Eingliederungshilfe zu entwickeln. Diese sollten im Rahmen des derzeit laufenden Dialogprozesses zur Eingliederungshilfe zwischen Bund, Ländern und Kommunen gemeinsam erörtert werden.

Darüber hinaus sieht der Deutsche Verein es als Aufgabe, den durch das BTHG eröffneten Systemwechsel in der Praxis zielgerichtet weiter umzusetzen. Mit den vorliegenden Empfehlungen gibt der Deutsche Verein Hinweise, die eine effektivere und effizientere Umsetzung und Ausgestaltung der reformierten Eingliederungshilfe unterstützen sollen. Hierfür sind auch Möglichkeiten zu nutzen, um Steuerungspotenziale zu heben und den Grundsatz der Angemessenheit zu wahren. Handlungsleitend für die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe nach SGB IX sollte dabei das in den §§ 1 und 4 SGB IX und für die Eingliederungshilfe speziell in § 90 SGB IX formulierte Ziel des Reha- und Teilhaberechts sein, Menschen mit Behinderungen ein möglichst selbstbestimmtes Leben und Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Ziel muss es sein, personenzentrierte und bedarfsgerechte Leistungen auch unter den sich ändernden Rahmenbedingungen sicherzustellen.

Die Leistungsträger und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe tragen im Rahmen ihrer gemeinsamen Verantwortung nach dem SGB IX entscheidend dazu bei, Menschen mit Behinderungen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Das SGB IX verpflichtet die Länder, Leistungsträger und Leistungserbringer an unterschiedlichen Stellen, die Eingliederungshilfe stärker als bisher sozialraumorientiert

auszurichten.⁶ Trotz vieler bestehender guter Ansätze und Beispiele besteht aus Sicht des Deutschen Vereins hier noch weiterer Handlungsbedarf. Der Deutsche Verein fordert daher, den Sozialraum stärker in den Blick zu nehmen und die sich daraus ergebenden Ressourcen und Synergien nutzbar zu machen.⁷ Zudem sind zur Herstellung inklusiver Lebensverhältnisse als gesamtgesellschaftliche Aufgabe weitere Anstrengungen erforderlich, um Barrieren in allen Lebensbereichen abzubauen. Dies bedeutet auch, dass die vorrangig verantwortlichen Regel- und Sicherungssysteme inklusiver im Sinne der UN-BRK weiterentwickelt und ausgestaltet werden müssen, damit die Eingliederungshilfe nicht weiter als Ausfallbürgen fungieren muss. Nur so kann das Ziel einer inklusiven Gesellschaft erreicht werden.

Diese Empfehlungen richten sich an Bundes- sowie Landesgesetzgeber, Träger der Eingliederungshilfe und weitere Rehabilitationsträger, Pflegekassen, Dienste und Angebote der Eingliederungshilfe, Freie Wohlfahrtspflege und Fachverbände für Menschen mit Behinderungen, Verbände und Interessenvertretungen der Menschen mit Behinderungen.

2. Teilhabeplan- und Gesamtplanverfahren sowie Bedarfsermittlung weiterentwickeln

Ein wesentliches Ziel des BTHG ist es, dass Teilhabeleistungen bedarfsgerecht geplant und passgenau erbracht werden. Von Verfahren der individuellen Bedarfsermittlung und der bedarfsgerechten Planung der Leistungen sollen einerseits die Leistungsberechtigten profitieren und andererseits die Steuerungsmöglichkeiten der Leistungsträger verbessert werden. Dazu wurden die für alle Rehabilitationsträger verbindlichen Grundsätze zur Koordination der Leistungen im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens im Allgemeinen Teil 1 des SGB IX sowie das Gesamtplanverfahren in der Eingliederungshilfe in Teil 2 des SGB IX neu geregelt.⁸

Die Umsetzung der Vorschriften zu den beiden Planverfahren ist im Bundesgebiet heterogen. Bisherige Praxiserfahrungen zeigen, dass die Durchführung des jeweiligen Planverfahrens

4 Untersuchung der jährlichen Einnahmen und Ausgaben bei den Leistungen der Eingliederungshilfe nach Art. 25 Abs. 4 BTHG (Finanzuntersuchung), wobei sich der Untersuchungszeitraum auf 2018 bis 2023 erstreckt, <https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Forschungsberichte/fb-656-abschlussbericht-finanzuntersuchung-bthg.html> (letzter Abruf: 26. September 2025).

5 Vgl. Abschlussbericht zur Untersuchung der Ausführung sowie der absehbaren Wirkungen der neuen Regelungen der Eingliederungshilfe nach Art. 25 Abs. 2 BTHG (Wirkungsprognose), veröffentlicht im Februar 2025, <https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Forschungsberichte/fb-657-abschlussbericht-wirkungsprognose-bthg.html> (letzter Abruf: 26. September 2025).

6 Z.B. § 94, § 113, § 104 SGB IX.

7 In einem parallelen Arbeitsgruppenprozess werden Empfehlungen zum inklusiven Sozialraum erarbeitet.

8 Inkrafttreten der zweiten Reformstufe des BTHG am 1. Januar 2018.

für Leistungsträger, Leistungserbringer und auch Leistungsberechtigte aufwendig und komplex ist, was auch ein Grund für ihre mäßige bzw. eingeschränkte Umsetzung ist.⁹ Nachstehend werden zentrale Punkte aufgegriffen, die aus Sicht des Deutschen Vereins für eine Vereinfachung der Verfahren und Verwaltungsabläufe notwendig sind, um eine effizientere und effektivere Durchführung des Teilhabe- und Gesamtplanverfahrens unter Berücksichtigung der Ziele des SGB IX zu ermöglichen und zu fördern.

2.1 Teilhabeplanverfahren vereinfachen und Zusammenarbeit stärken

Das Teilhabeplanverfahren ist zentrales Instrument zur Koordination mehrerer erforderlicher Leistungen zur Teilhabe und Kooperation der Rehabilitationsträger mit dem Ziel einer gut abgestimmten Leistungserbringung. Soweit erhaltene oder beantragte Leistungen bei Pflegebedürftigkeit oder Leistungen der Krankenbehandlung Auswirkungen auf die beantragten Teilhabeleistungen haben, ist es zielführend, diese mit zu beachten. Gleiches gilt bei Leistungen der Integrationsämter.

Das Teilhabeplanverfahren wird in der Praxis aus unterschiedlichen Gründen noch wenig genutzt, z.B. weil teilweise Unsicherheiten in der Zuständigkeitsklärung und Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX bestehen oder Dokumentationspflichten und die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens als aufwändig wahrgenommen werden.¹⁰ Als aufwendig wird die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens insbesondere dann gesehen, wenn Zuständigkeiten und Leistungen klar abgrenzbar sind.¹¹

Qualifizierungs- und Schulungsmaßnahmen durchführen

Für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens ist es entscheidend, dass die Rechtsgebiete und die jeweiligen Leistungen der anderen Rehabilitationsträger in ihren Grundzügen bekannt sind. **Der Deutsche Verein empfiehlt daher den Re-**

habilitationsträgern, trägerübergreifend praxisnahe Qualifizierungs- und Schulungsmaßnahmen für die Fachkräfte der Rehabilitationsträger durchzuführen, die für die operative Umsetzung des Teilhabeplanverfahrens zuständig sind. Hier sollten die Aufgaben, Leistungen und Zuständigkeiten der anderen Rehabilitationsträger und der Ablauf des Teilhabeplanverfahrens praxisnah vermittelt werden.¹² Zudem muss in Umsetzung von § 12 SGB IX insgesamt mehr Transparenz über die Leistungen, insbesondere was die jeweiligen Leistungsangebote beinhalten und Verfahren aller Rehabilitationsträger hergestellt werden.

Datenübermittlung erleichtern und Dokumentation vereinheitlichen

Der Deutsche Verein hat bereits betont, dass der sich im Rahmen eines Projektes der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in Entwicklung befindliche „Gemeinsame Grundantrag für Reha- und Teilhabeleistungen“¹³ einen möglichen Ansatz bieten kann, um die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Rehabilitationsträger zu verbessern. Dieser kann insbesondere dazu beitragen, die Zuständigkeitsklärung zu erleichtern. Gleichzeitig stellt der gemeinsame Reha-Antrag einen richtigen Schritt hin zu einem einheitlichen und ganzheitlichen bedarfsorientierten Zugang zum stark gegliederten Reha- und Teilhabesystem dar, sofern es für Leistungsberechtigte und Leistungsträger zu einer Vereinfachung führt.

Zugleich weist der Deutsche Verein darauf hin, dass bei der Implementierung des Reha-Antrags die Schnittstellen zu den unterschiedlichen Rehabilitationsträgern, insbesondere zu deren jeweiligen Fachanträgen und -verfahren und deren trägerinternen IT-Systeme zu berücksichtigen sind. Die Einrichtung einer gemeinsamen IT-Schnittstelle könnte dazu beitragen, das Format des Teilhabeplans zu vereinheitlichen und dadurch die Datenübermittlung zwischen allen Rehabilitationssträgern zu erleichtern und auch Doppelerfassungen zu vermeiden. Die Datenübermittlung zwischen den unterschiedlichen Rehabilitationsträgern ist grundlegend für die Zusammenar-

9 Vgl. Abschlussbericht zur Untersuchung der Ausführung sowie der absehbaren Wirkungen der neuen Regelungen der Eingliederungshilfe nach Art. 25 Abs. 2 BTHG (Wirkungsprognose), veröffentlicht im Februar 2025 sowie Forschungsbericht „Teilhabe gemeinsam planen“ aus November 2024; im Rahmen dieser Studie wurde der Einsatz des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens in der Praxis im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) evaluiert (<https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Forschungsberichte/fb-645-teilhabe-gemeinsam-planen.html>) (letzter Abruf: 26. September 2025).

10 Forschungsbericht „Teilhabe gemeinsam planen“ aus November 2024 zum Einsatz des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens in der Praxis im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS).

11 Vgl. Fußn. 10; laut Forschungsbericht wird das Teilhabeplanverfahren teilweise nur in Fällen mit „komplexen Bedarfslagen“ durchgeführt, wobei die Rehabilitationsträger eine eigene Definition vornehmen.

12 Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) bietet regelmäßig solche gemeinsamen Schulungen für Fachkräfte der Rehabilitationsträger an.

13 Ziel des Projekts ist die Entwicklung eines trägerübergreifend abgestimmten (digitalen) Antrags für Reha- und Teilhabeleistungen, mit dem grundsätzlich alle Leistungen aller Reha-Träger beantragt werden können. Für Bürger*innen soll damit ein einfacher, ganzheitlicher Zugang zu Reha- und Teilhabeleistungen etabliert werden, unabhängig davon, welche(r) Reha-Träger für ihre Bedarfe zuständig sein könnte(n), ob voraussichtlich eine trägerübergreifende Koordinierung erforderlich sein wird (<https://www.bar-frankfurt.de/themen/reha-prozess/gemeinsamer-grundantrag-fuer-reha-und-teilhabeleistungen.html>) (letzter Abruf: 26. September 2025).

beit im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens. In seinen Empfehlungen zur Rechtsvereinfachung und Entbürokratisierung im Sozialrecht aus 2025¹⁴ hat der Deutsche Verein auf die Notwendigkeit hingewiesen, Regelungen zur (automatisierten) Übermittlung und Verarbeitung personenbezogener Daten in den jeweiligen Leistungsgesetzen zu verankern. Durch die Verlagerung hin zu einer automatisierten Datenübermittlung im Teilhabeplanverfahren können Prozesse beschleunigt und die Effizienz sowie die Transparenz des Verfahrens gefördert werden. Entscheidend ist, dass die neuen Regelungen den Datenschutz berücksichtigen und die Rechte der Leistungsberechtigten gleichermaßen schützen. Zudem müssen die Regelungen auch in der Praxis umsetzbar sein. **Der Deutsche Verein spricht sich daher dafür aus, die für die Umsetzung des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens notwendigen Regelungen zur (automatisierten) Übermittlung und Verarbeitung personenbezogener Daten in den §§ 19 ff. SGB IX aufzunehmen.**

Regionale Arbeitsgemeinschaften nach § 25 Abs. 2 SGB IX umsetzen und stärken

Der Deutsche Verein sieht in einer engen Abstimmung und Vernetzung der Rehabilitationsträger und anderer Akteure (z.B. Schulträger, Kita-Träger, ÖPNV-Träger, Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes [ÖGD], Wohnungsbaugesellschaften) untereinander vor Ort ohne Verschiebung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten eine wesentliche Grundlage für eine umfassende und gut verzahnte und ressourcenschonende Leistungserbringung. Daher sollte der Austausch der Rehabilitationsträger vor Ort aktiv gefördert werden.¹⁵ Fehlende Ansprechpersonen und Erreichbarkeit der jeweiligen Rehabilitationsträger können die Zusammenarbeit erschweren und zur Folge haben, dass die Leistungsbewilligung parallel ohne Abstimmungsverfahren erfolgt. Über die gesetzliche Pflicht zur Benennung von Ansprechstellen nach § 12 Abs. 1 Satz 2 SGB IX hinaus sollten feste und verlässliche Strukturen für eine möglichst niedrigschwellige Kontaktaufnahme der jeweiligen Rehabilitationsträger entwickelt werden. Das Online-Ansprechstellenverzeichnis der BAR¹⁶ bietet dafür bereits eine geeignete Grundlage. Es müsste aber, um wirklich nützlich zu

sein, von allen Rehabilitationsträgern genutzt, ggf. konkrete Ansprechpartner*innen benannt und regelmäßig aktualisiert werden. **Der Deutsche Verein bekräftigt zudem seine Empfehlung, für die trägerübergreifende Zusammenarbeit entsprechende Kooperationsstrukturen aufzubauen.**¹⁷

2.2 Gesamtplanverfahren und Bedarfsermittlung

Dem Gesamtplanverfahren nach §§ 117 ff. SGB IX kommt im Recht der Eingliederungshilfe eine entscheidende Bedeutung für die Ermittlung der Bedarfe und die Erbringung personenzentrierter Leistungen zu.

2.2.1 Gesamtplanverfahren vereinfachen und regelhaft umsetzen

Das Gesamtplanverfahren wird regional sehr unterschiedlich umgesetzt und ausgestaltet.¹⁸ Eine flächendeckende Umsetzung des Gesamtplanverfahrens im gesamten Bundesgebiet findet noch nicht statt. Tendenziell wird das Verfahren derzeit bei Neubewilligungen und steuerungsrelevanten Fällen durchgeführt.¹⁹ Auch sind Gesamtpfankonferenzen als Präsenzkonferenzen in der Praxis eher selten. Ein Teil der Menschen mit Behinderungen in besonderen Wohnformen sowie in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und Tagesfördergruppen hat noch keine Bedarfsermittlung und Gesamtplanverfahren nach den neuen Regelungen erfahren.²⁰ Der Deutsche Verein sieht hier entsprechendes Potenzial, durch eine Ermittlung der Bedarfe gezieltere und passgenauere Leistungen zu ermöglichen und entsprechende differenzierte und flexible Angebote zu entwickeln.

Die Neuregelung des Gesamtplanverfahrens ging mit strukturellen und organisatorischen Änderungen seitens der Eingliederungshilfeträger einher. Neben der Entwicklung entsprechender Verfahren hat die Umsetzung bei den Trägern der Eingliederungshilfe zusätzliches Personal gefordert, das pädagogisch qualifiziert ist. Die Dauer des Gesamtplanverfahrens kann je nach Komplexität des Unterstützungsbedarfs, dem Aufwand vorbereitender Information und Beratung sowie Ein-

14 Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Rechtsvereinfachung und Entbürokratisierung im Sozialrecht vom 28. Mai 2025 (DV 01/25), S. 10 f., abrufbar unter: <https://www.deutscher-verein.de/positionen/>.

15 Hierbei ist zu beachten, dass bestimmte Bedarfslagen, die nur bei einer vergleichsweise geringen Zahl von Leistungsberechtigten vorliegen, nur überregional gedeckt werden können (z.B. bestimmte Leistungen für blinde oder taubblinde Menschen).

16 <https://www.ansprechstellen.de/suche.html> (letzter Abruf: 26. September 2025).

17 Vgl. Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Gesamtplanung in der Eingliederungshilfe und ihr Verhältnis zur Teilhabeplanung (DV 01/19), S. 10, abrufbar unter: <https://www.deutscher-verein.de/positionen/>.

18 Abschlussbericht zur Untersuchung der Ausführung sowie der absehbaren Wirkungen der neuen Regelungen der Eingliederungshilfe nach Art. 25 Abs. 2 BTHG (Wirkungsprognose), veröffentlicht im Februar 2025.

19 Dies wird damit begründet, dass das Verfahren bei Betroffenen im Leistungsbezug mit einem hohen Aufwand verbunden sei.

20 Vgl. Abschlussbericht zur Untersuchung der Ausführung sowie der absehbaren Wirkungen der neuen Regelungen der Eingliederungshilfe nach Art. 25 Abs. 2 BTHG (Wirkungsprognose), veröffentlicht im Februar 2025.

beziehung weiterer Leistungsträger variieren. Die Nutzung barrierefreier digitaler Anwendungen, wie KI-gestützter Assistenz oder Diktierfunktionen zur Unterstützung der Datenerfassung und -verarbeitung könnte der Kommunikation zwischen Leistungsträger, Leistungserbringer und Leistungsberechtigten neue Impulse bringen.

Daneben bedarf es auch einer Anpassung gesetzlicher Regelungen, um Verfahrensvereinfachungen zu ermöglichen. So führt die Regelung des § 121 Abs. 2 SGB IX, wonach der Gesamtplan regelmäßig nach zwei Jahren überprüft und fortgeschrieben wird, zu einem weiteren Aufwand in der praktischen Umsetzung. Da in diversen Fällen absehbar ist, dass sich die Bedarfe in den zwei Jahren bzw. langfristig nicht verändern, sollte eine Anpassung der Regelung des § 121 Abs. 2 SGB IX erfolgen. Dabei sind die besonderen Bedarfe von Menschen mit psychischen Behinderungen jedoch zu berücksichtigen.

Der Deutsche Verein schlägt daher für eine Verfahrensvereinfachung vor, die Vorgabe zur Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtplans nach § 121 Abs. 2 SGB IX so anzupassen, dass der Gesamtplan auch mit einem größeren zeitlichen Abstand überprüft und fortgeschrieben werden kann, sofern eine Veränderung des Bedarfs langfristig nicht zu erwarten ist. Sollte der Bedarf sich in diesem Zeitraum verändern, kann auf Antrag des Leistungsberechtigten eine Überprüfung jederzeit durchgeführt werden.

Nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG)²¹ ist eine Befristung von Leistungen der Eingliederungshilfe aufgrund einer fehlenden Rechtsgrundlage grundsätzlich unzulässig, mit Ausnahme für Teilhabeleistungen, die nur für einen bestimmten bzw. klar abgrenzbaren Zeitraum (etwa für die Dauer der Ausbildung) erbracht werden. **Der Deutsche Verein empfiehlt daher, Bescheide zur Leistungsbewilligung nicht zu befristen und Befristungen nur in Ausnahmefällen entsprechend der Rechtsprechung des BSG vorzunehmen, um eine erforderliche Neubeantragung und -bescheidung zu vermeiden.**²²

2.2.2 Bedarfsermittlung praxistauglich vereinfachen und stärker vereinheitlichen

Ein Kernstück der BTHG-Reform ist die Einführung einer differenzierten, an der Systematik der Internationalen Klassifikati-

on von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientierten Bedarfsermittlung (§ 13, § 118 SGB IX). Die Bedarfsermittlung ist verbindlicher Bestandteil des Gesamtplanverfahrens und nimmt als Grundlage für eine passgenaue und individuelle Leistungserbringung eine Schlüsselfunktion ein.

In der Umsetzung des BTHG wurden unterschiedliche Bedarfsermittlungsinstrumente in der Eingliederungshilfe in den Bundesländern entwickelt. Die Einführung und Anwendung der Instrumente ist ebenfalls heterogen.²³ Entscheidend sind die nach §§ 13, 118 SGB IX zu treffenden Feststellungen, die inhaltlich an der ICF zu orientieren sind. Insoweit weisen die Bedarfsermittlungsinstrumente Unterschiede bezüglich der ICF-Orientierung und hinsichtlich der Bewertung verschiedener Kriterien bezogen auf die gesetzlichen Anforderungen auf. Dies führt wiederum zu unterschiedlichen Praktiken, die sich auf Leistungsart und -umfang auswirken können. Insbesondere bei einem Umzug in ein anderes Bundesland kann dies Herausforderungen für die Leistungsberechtigten mit sich bringen. Auch Vergleiche zwischen den Leistungsträgern sind allenfalls eingeschränkt möglich. Zudem führen die unterschiedlichen Instrumente zu einem Mehraufwand für die Leistungserbringer. Als weitere grundlegende Schwierigkeit kommt hinzu, dass die Bedarfsermittlungsinstrumente sehr umfangreich sind und mitunter eine hohe Komplexität aufweisen sowie in ihrer Anwendung sehr aufwendig sind. Insbesondere für die Leistungsberechtigten sind die zeitaufwändigen und komplexen Verfahren sehr anspruchsvoll und können teilweise ihre Mitwirkungsmöglichkeiten und -pflichten überfordern.

Damit Menschen mit Behinderungen in den Lebensbereichen und in dem Ausmaß Unterstützung erhalten, wie von ihnen gewünscht und individuell notwendig, müssen ihre Bedarfe auch weiterhin personenzentriert und individuell erhoben werden. Der Deutsche Verein bekräftigt seine Empfehlung, die Bedarfsermittlung mittels eines persönlichen und leitfadengestützten Gesprächs durchzuführen.²⁴ Der Leitfaden sollte sich jedoch nicht darin erschöpfen, automatisch abgearbeitet zu werden. Dieser sollte vielmehr der anwendenden Person als Orientierung dienen und an die Lebenswirklichkeit der Betroffenen angepasst werden.

21 Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 28. Januar 2021, B 8 S. 9/19 R.

22 Dagegen ist der Gesamtplan nach der derzeitigen Regelung des § 121 Abs. 2 SGB IX insoweit befristet, als er regelmäßig spätestens nach zwei Jahren überprüft und fortgeschrieben werden soll. Allerdings hat dies keine Auswirkungen auf die Wirksamkeit des darauf beruhenden Bewilligungsbescheides, vgl. Wehrhahn, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 4. Aufl., § 121 SGB IX (Stand: 22. August 2024).

23 Vgl. Abschlussbericht zur Untersuchung der Ausführung sowie der absehbaren Wirkungen der neuen Regelungen der Eingliederungshilfe nach Art. 25 Abs. 2 BTHG (Wirkungsprognose), veröffentlicht im Februar 2025.

24 Vgl. Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Gesamtplanung in der Eingliederungshilfe und ihr Verhältnis zur Teilhabeplanung vom 18. Juni 2019 (DV 01/19), S. 7, abrufbar unter: <https://www.deutscher-verein.de/positionen/>.

Der Deutsche Verein spricht sich zudem für eine stärkere Angleichung der Bedarfsermittlungsinstrumente und ihrer Anwendung aus, um das im SGB IX verfolgte Ziel einer möglichst einheitlichen Praxis des Rehabilitations- und Teilhaberechts im gesamten Bundesgebiet näherzukommen. Ziel sollte dabei sein, dass die Bedarfsermittlung für alle Beteiligten praxistauglich und qualitativ zugleich genutzt und durchgeführt werden kann.

Für die Einführung eines einheitlichen Bedarfsermittlungsinstrumentes auf Bundesebene würde sprechen, dass sich die entwickelten Instrumente teilweise bereits so stark ähneln, dass eine Zusammenführung denkbar wäre. Aus der bundesweiten Anwendung des gleichen Instruments könnten Synergieeffekte entstehen, die eine einheitliche Anwendung fördern. Dagegen spricht jedoch, dass die Einführung eines Instrumentes auf Bundesebene gleichzeitig einen erneuten Kosten- und Arbeitsaufwand bedeuten würde, da alle Eingliederungshilfeträger teilweise bereits mit landeseinheitlichen Instrumenten entsprechende Programme und Softwarelösungen eingerichtet haben. Auch spricht dagegen, dass die Festlegung der Bedarfsermittlungsinstrumente auf Landesebene im föderalen System Gestaltungsspielraum bietet, die Instrumente an die regionalen Besonderheiten anzupassen und/oder für bestimmte Zielgruppen zu spezialisieren. In einigen Bundesländern wird zudem bereits an Vereinfachungen und Weiterentwicklungen der Bedarfsermittlungsinstrumente und ihrer Verfahren gearbeitet.

Der Deutsche Verein empfiehlt den Ländern, die Bedarfsermittlungsinstrumente und ihre Anwendung zu vereinfachen und anzugleichen. Der Deutsche Verein empfiehlt dem Bund, im Rahmen einer bundeslandübergreifend angelegten Begleitung und Evaluation Bedarfsermittlungsinstrumente der Länder und ihre Anwendung dahingehend zu untersuchen, inwieweit eine Angleichung der Instrumente erreicht werden kann.

Ferner weist der Deutsche Verein auch darauf hin, dass sich Vereinfachungsmöglichkeiten auch dadurch ergeben können, indem die Bedarfsermittlung ggf. stufenweise erfolgt. Nicht immer muss die Bedarfsermittlung der Gesamtplanung zu einem Zeitpunkt vollständig erfolgen. Dies gilt insbesondere für Fälle, bei denen durch Teilhabeleistungen (Medizinische Rehabilitation) oder andere Maßnahmen (Wohnungswechsel, Beginn einer zielgerichteten medizinischen Behandlungsmaßnahme) erhebliche Änderungen der Unterstützungsbedarfe zu erwarten sind. Außerdem gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Zielgruppen in Art und Umfang der

Bedarfsermittlungen je nach Beeinträchtigung: So sind die Bedarfe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die im Erwachsenenalter erworben werden, andere, als die junger Menschen mit ausgeprägter kognitiver Beeinträchtigung, von Menschen mit progressiver Muskeldystrophie oder erworbenen Hirnschädigungen.

Der Deutsche Verein hält zudem einen engen Austausch zwischen den Eingliederungshilfeträgern und Ländern, wenn diese nicht selbst Träger der Eingliederungshilfe sind, über die Umsetzung und Weiterentwicklung der Bedarfsermittlungsinstrumente für erforderlich.

Schließlich weist der Deutsche Verein darauf hin, dass die Nutzung barrierefreier und datenschutzkonformer digitaler und KI-basierter²⁵ Technologien²⁶ dazu beitragen kann, die Prozesse der Bedarfsermittlung zu vereinfachen und den Arbeitsaufwand zu reduzieren. Dabei sind jedoch die erheblichen Kosten zu berücksichtigen, die die Träger der Eingliederungshilfe vor noch größere Herausforderungen stellen. Um einen an den Nutzenden orientierten Einsatz digitaler und KI-basierter Technik im Rahmen der Bedarfsermittlung zu erhalten, sollte die Perspektive der Leistungsberechtigten von Anfang an in die Entwicklung einbezogen werden. Nur so können die Fähigkeiten und Kompetenzen der Leistungsberechtigten berücksichtigt und vermieden werden, dass die Anwendung der Instrumente zu einer Überforderung führt.

2.2.3 Partizipation, Beratung und Unterstützung sicherstellen

Im Hinblick auf die anspruchsvolle Bedarfsermittlung bedarf es einer guten Vorbereitung der Leistungsberechtigten, damit diese in die Lage versetzt werden, ihre Ziele und Wünsche zu äußern und sich aktiv an der Planung der Teilhabeleistungen zu beteiligen. Daher kommen der vorbereitenden umfassenden und barrierefreien Information sowie Beratung ein hoher Stellenwert zu. Mit der Regelung des § 106 SGB IX, die durch das BTHG konkretisiert wurde, haben die Träger der Eingliederungshilfe einen sehr genauen und ausdifferenzierten Auftrag erhalten, Leistungsberechtigte umfassend zu beraten und zu unterstützen. Eine konsequente Ausrichtung der Bedarfsermittlung an der ICF erfordert entsprechende Beratungskompetenzen der Fachkräfte der Eingliederungshilfe, die es ermöglichen, Menschen mit Behinderungen, die unterschiedliche Voraussetzungen mitbringen, im gesamten Prozess zu beteiligen und unterstützen zu können. Neben der Entwicklung und Implementierung eines Beratungs- und Unterstützungskonzepts bedarf es daher auch der Angebote für Qualifizierung und Weiterbildung der Fachkräfte, damit sie ihre

²⁵ KI steht für „Künstliche Intelligenz“.

²⁶ Bei öffentlich geförderter Entwicklung von KI-Systemen ist der Quellcode zugänglich zu machen.

Kompetenzen stetig erweitern können. Deutlich werden diese Anforderungen für Eingliederungshelfer in der gesetzlichen Regelung zur Fachkraft nach § 97 SGB IX. **Um dem gesetzlich verankerten Beratungs- und Unterstützungsauftrag des Trägers der Eingliederungshilfe nach § 106 SGB IX Rechnung zu tragen, sind entsprechend geschultes Personal und ausreichend räumliche Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Der Beratungsauftrag umfasst dabei auch Kenntnisse zu anderen Hilfemöglichkeiten, z.B. niedrigschwellige Angebote und Beratungsangebote im Sozialraum. Der Deutsche Verein empfiehlt dafür u.a. eine stärkere und bessere Vernetzung der Beratungs- und Unterstützungsstrukturen für Menschen mit Behinderungen.**

Nach § 117 Abs. 2 SGB IX wird am Gesamtplanverfahren auf Verlangen der leistungsberechtigten Person eine Person ihres Vertrauens beteiligt. Mit der Beteiligung einer Vertrauensperson soll den leistungsberechtigten Personen ein Sicherheitsgefühl vermittelt und ihnen Hilfe bei der Verständigung und Kommunikation gegeben werden. **Der Wortlaut in § 117 Abs. 2 SGB IX ist nach Auffassung des Deutschen Vereins nicht im Sinne einer Beschränkung auf eine Person zu verstehen. Daher können auch mehrere Personen zugelassen werden, wenn das der Beteiligung der leistungsberechtigten Person am Verfahren hilft, jedoch zugleich die Funktionsfähigkeit des Gesamtplanverfahrens gewahrt ist.**

Übergeordnetes Ziel der Bedarfsermittlung sollte sein, dass in einem kooperativen Prozess zwischen Leistungsberechtigten, Leistungsträgern und ggf. Leistungserbringern die individuellen Bedarfe und Ziele ermittelt werden. Bei unterschiedlichen Vorstellungen der unterschiedlichen Akteure über die Ziele und konkret vorzusehenden Leistungen ist Transparenz über die verschiedenen Positionen erforderlich. Der Deutsche Verein weist erneut darauf hin, dass die Durchführung einer Gesamtplankonferenz nach § 119 SGB IX in solchen Fällen, insbesondere bei komplexen Fallkonstellationen sinnvoll sein kann, um die Bedarfsermittlung zu ergänzen.²⁷ **Der Deutsche Verein empfiehlt, dass eine Diskrepanz zwischen den Vorstellungen und Wünschen der Leistungsberechtigten über ihre Teilhabeziele und den festgestellten Leistungen im Gesamtplan festgehalten wird.**

3. Regionale Versorgung sicherstellen

Der Gesetzgeber hat mit dem BTHG den Trägern der Eingliederungshilfe als Konkretisierung zu § 17 SGB I in § 95 SGB IX die Verantwortung übertragen, in ihrem Zuständigkeitsbereich personenzentrierte Leistungen für Leistungsberechtigte unabhängig vom Ort der Leistungserbringung sicherzustellen. Um den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen, schließen die Träger der Eingliederungshilfe Vereinbarungen mit den Leistungserbringern nach den Vorschriften des Kapitels 8 (§§ 123 ff. SGB IX) ab. Den Leistungserbringern kommt im Rahmen ihrer Aufnahmeverpflichtung nach § 123 Abs. 4 Satz 1 SGB IX auch eine Verantwortung bei der Versorgung zu. Die Länder haben die Aufgabe, auf flächendeckende, bedarfsdeckende, am Sozialraum orientierte und inklusiv ausgerichtete Angebote von Leistungsanbietern hinzuwirken und die Träger der Eingliederungshilfe bei der Umsetzung ihres Sicherstellungsauftrages zu unterstützen (vgl. § 94 Abs. 3 SGB IX). Dazu gehört auch, dafür Sorge zu tragen, Qualitätssicherung und Wirksamkeit der Leistungserbringung zu fördern, auf eine möglichst einheitliche Leistungserbringung hinzuwirken sowie möglichen Vollzugsdefiziten vorzubeugen.²⁸ Der Grundsatz der Sicherstellung einer personenzentrierten Leistungserbringung unabhängig vom Ort nach § 95 SGB IX erfordert dabei eine gezielte Ausweitung von gemeindenahen und inklusiven Leistungen im individuellen Wohn- und Lebensbereich der leistungsberechtigten Personen, um Menschen mit Behinderungen eine echte Wahlmöglichkeit bezüglich der Wohnform i.S.d. Artikels 19 der UN-BRK und § 104 Abs. 3 SGB IX zu ermöglichen.

In der Praxis zeigt sich, dass es bereits heute in einigen Regionen teilweise schwierig ist, mit den vor Ort verfügbaren Angeboten bestehende Bedarfe von Menschen mit Behinderungen zu decken.²⁹ Auch hat sich die Angebotslandschaft im Bereich der sozialen Teilhabe seit Inkrafttreten des BTHG noch nicht ausreichend dahingehend weiterentwickelt, dass mehr Auswahlmöglichkeiten bestehen. In vielen, vor allem ländlichen Regionen ist die Auswahl an Angeboten der Eingliederungshilfe eher gering, aber auch in städtischen Gebieten spitzt sich die Versorgungslage bereits zu, u.a. wegen des Fehlens von barrierefreiem und bezahlbarem Wohnraum. Große Schwierigkeiten bestehen insbesondere darin, geeignete und bedarfsgerechte Angebote für Leistungsberechtigte mit komplexen und hohen Unterstützungsbedarfen, vor allem im Bereich Wohnen, zur Verfügung zu stellen. Schließlich wird die fachliche und personenzentrierte Weiterentwicklung der Angebo-

27 Vgl. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gesamtplanung und ihr Verhältnis zur Teilhabeplanung vom 18. Juni 2019 (DV 01/19), S. 13, abrufbar unter: <https://www.deutscher-verein.de/positionen/>.

28 Vgl. BeckOK SozR/Kellner SGB IX 94 Rdnr. 16.

29 Vgl. Vgl. Abschlussbericht zur Untersuchung der Ausführung sowie der absehbaren Wirkungen der neuen Regelungen der Eingliederungshilfe nach Art. 25 Abs. 2 BTHG (Wirkungsprognose), veröffentlicht im Februar 2025.

te durch den steigenden Arbeits- und Fachkräftemangel und den Kostendruck auf die Leistungsträger und Leistungserbringer erschwert.

Um eine flächendeckende Versorgung für Menschen mit Behinderungen in Zukunft langfristig sicherstellen zu können und personenzentrierte Teilhabeleistungen unabhängig von der Wohnform entsprechend Art. 19 UN-BRK zu ermöglichen, müssen ausreichend Angebote zur Verfügung stehen, die gut miteinander vernetzt und den Leistungsberechtigten bekannt sind sowie flexibel an sich verändernde Bedarfslagen angepasst werden können. Dafür sind neben der Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen und Strukturen gemeinsame Anstrengungen der Länder, Leistungsträger und Leistungserbringer notwendig.

3.1 Gemeinsame Versorgungsverantwortung stärken

Aus Sicht des Deutschen Vereins stehen die Leistungsträger und Leistungserbringer in einer gemeinsamen Verantwortung, die Versorgung in einer Region durch bedarfsgerechte und -deckende und personenzentriert ausgerichtete Angebote zu gewährleisten und die Qualität der Angebote sicherzustellen. Eine enge Zusammenarbeit der Akteure ist dabei unverzichtbar, um eine bedarfsdeckende, vielfältige und umfassende Angebotslandschaft auch in der Fläche zu erreichen. Die teilweise noch andauernden Verhandlungen zu den Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen sind jedoch vielfach schwierig und konfliktbehaftet. Daher sollten Möglichkeiten genutzt werden, um die Zusammenarbeit und den Dialog zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern zu stärken.

Der Deutsche Verein regt dazu an, die Strukturen und Instrumente weiterzuentwickeln, die eine Grundlage für die Zusammenarbeit, den gemeinsamen Austausch und die Vorbereitung von Aushandlungsprozessen bieten. Ein mögliches geeignetes Instrument stellen die nach § 94 Abs. 4 SGB IX auf Landesebene zu bildenden Arbeitsgemeinschaften zur Förderung und Weiterentwicklung der Strukturen der Eingliederungshilfe dar. Im Unterschied zu den Kommissionen der Landesrahmenverträge nach § 131 SGB IX, die die Umsetzung und Weiterentwicklung der Landesrahmenverträge zur Aufgabe

haben, können die Arbeitsgemeinschaften eine Plattform für den gemeinsamen Informations- und Erfahrungsaustausch der Akteure bieten sowie der Analyse der landesweiten (Weiter)Entwicklung der Eingliederungshilfe, der Förderung von flächendeckenden, bedarfsdeckenden, am Sozialraum orientierten und inklusiv ausgerichteten Angeboten und der Erarbeitung von Empfehlungen zur landeseinheitlichen Aufgabenwahrnehmung in der Eingliederungshilfe (insbesondere einheitliche Leistungen unabhängig vom jeweiligen Wohnort ermöglichen) sowie möglichen Bürokratieabbau dienen.

Daneben können auch Arbeitsgemeinschaften auf örtlicher Ebene entsprechend der oben genannten regionalen Arbeitsgemeinschaften nach § 25 Abs. 2 SGB IX (Kap. 2.1) sinnvoll sein, um Angebote der Eingliederungshilfe und andere Angebote im Sozialraum in Bezug auf die vor Ort bestehende Bedarfslage in den Blick zu nehmen, mit dem Ziel, Weiterentwicklungspotenziale im Sinne einer personenzentrierten Eingliederungshilfe zu identifizieren und Angebote zu vernetzen. Zugleich können diese genutzt werden, um die Kenntnisse zu den Bedarfslagen vor Ort und Eckpunkte, wie die Sozialraumorientierung in der Eingliederungshilfe angelegt sein muss, auf die Landesebene zu transportieren. **Der Deutsche Verein regt daher an, auch auf der Ebene der Leistungsträger entsprechende Fachgremien von Vertreter*innen der Leistungsträger, Leistungserbringer sowie EUTB und Verbände der Menschen mit Behinderungen einzurichten.**

3.2 Bedarfsgerechte Angebotsstruktur durch verlässliche Strukturplanung sicherstellen³⁰

Zur Erfüllung seines Sicherstellungsauftrages benötigt der Träger der Eingliederungshilfe sowohl Informationen zu den (perspektivischen) Bedarfen der leistungsberechtigten Personen als auch zu den verfügbaren Angeboten in einer Region. Diese Daten liegen zumeist jedoch nur in heterogener Weise vor.³¹ **Der Deutsche Verein empfiehlt daher, bundesweit einheitliche sozialplanerische und wissenschaftliche Methoden zur Erfassung kleinräumiger Daten³² zu vereinbaren, damit über alle Kommunen und Länder hinweg vergleichbare Daten genutzt werden können.** Sozialplanerische bzw. teilhabepanerische Aktivitäten finden in unterschiedlicher Form und Intensität statt.³³ Vielerorts ist die Eingliederungshilfe im-

30 Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) teilt die in diesem Unterkapitel vertretenen Positionen nicht.

31 Teilweise werden Daten zur Eingliederungshilfe im Rahmen der Sozialberichterstattung erfasst. Daneben bietet der BAGÜS-Kennzahlenvergleich Daten der überörtlichen Träger der Eingliederungshilfe.

32 Ebene des Sozialraums und kreisangehöriger Gemeinden.

33 Der Deutsche Verein hat bereits 2011 Empfehlungen für die Implementierung und Ausgestaltung einer örtlichen Teilhabepanung für ein inklusives Gemeinwesen formuliert (DV 25/11). Danach ist die örtliche Teilhabepanung nach Auffassung des Deutschen Vereins eine Handlungsstrategie zur sozialen Entwicklung eines inklusiven Gemeinwesens, das die Fachplanungen einbezieht und miteinander vernetzt. Abrufbar unter: <https://www.deutscher-verein.de/positionen/>.

mer noch nicht in die Sozialplanung eingebunden. Zugleich steigt die Bedeutung integrierter Sozialplanung und Vernetzung mit der Umstellung auf stärker personenzentrierte Leistungen, die zunehmend nicht mehr an einem Ort bzw. in einer Einrichtung, sondern inklusiv im Sozialraum erbracht werden sollen. (Integrierte) Sozialplanung bildet ein wesentliches Instrument für die Steuerung und Planung von Angeboten der sozialen Infrastruktur.³⁴ Einheitliche Grundlagen für eine kommunale Sozial- und Teilhabeplanung³⁵ für Menschen mit Behinderungen würden klare Vorgaben schaffen und den Kommunen Mindeststandards an die Hand geben. Für Menschen mit Behinderungen würde dadurch mehr Transparenz für ein systematisches Planungskonzept gegeben, dass ihre Wünsche und Bedarfe berücksichtigt. **Der Deutsche Verein empfiehlt daher den Ländern, verbindliche Grundlagen für eine kommunale Teilhabeplanung für Menschen mit Behinderungen zu schaffen. Dabei sind im Rahmen der Strukturplanung auch die Erkenntnisse aus den Bedarfsermittlungs- bzw. Gesamtplanverfahren nutzbar zu machen und im Rahmen der kommunalen Teilhabeplanung einzubeziehen.³⁶ Die kommunale Teilhabeplanung sollte dabei im Sinne einer integrierten Sozialplanung verzahnt werden, sodass alle Fachplanungen, wie z.B. Jugendhilfeplanung sowie Altenhilfe-, Pflege- und Sozialplanung beteiligt werden. Zugleich empfiehlt der Deutsche Verein dem Bund, die Aufgaben der Länder in § 94 SGB IX hinsichtlich ihrer Infrastrukturverantwortung dahingehend zu konkretisieren, landesrechtliche Vorgaben zur kommunalen Teilhabeplanung zu schaffen.**

3.3 Trägerbudgets nutzen

Um eine flächendeckende Versorgung durch bedarfsgerechte und -deckende Leistungen für Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten, sollten auch Möglichkeiten genutzt werden, um innovative und personenzentrierte Leistungen und Angebote zu entwickeln. So können bei einer entsprechenden Ausgestaltung statt der klassischen Finanzierungsformen sog. Trägerbudgets eine flexiblere Finanzierung von Angeboten und Leistungen ermöglichen. Solche Budgets können dazu beitragen, beiden Vertragspartnern mehr Planungssicherheit und dem Leistungserbringer die Möglichkeit zu geben, unter Betei-

ligung der Interessenvertretungen der Menschen mit Behinderungen neue Formen und Strukturen der Eingliederungshilfe personenzentriert und sozialraumorientiert zu entwickeln und zu erproben. Der Träger der Eingliederungshilfe kann die Trägerbudgets darüber hinaus nutzen, um neue Angebote zu vereinbaren, bei denen eine Bedarfslage besteht, ebenso wie den Aufbau/Übernahme von Einzelsettings für komplexe Bedarfe. Die Bestimmung des Budgets erfolgt in der Regel im Rahmen der Verhandlung auf der Grundlage einer Kalkulation bestehend aus den Leistungsmengen und kalkulatorischen durchschnittlichen Fallkosten des Vorjahres, deren Erreichen (mit einer Flexibilität innerhalb der einzelnen vereinbarten Leistungsmengen) im Verlauf auch controlled werden. Eine Kapazitätssteigerung (für einzelne Leistungen) kann ebenfalls vereinbart werden.

Bei der Vereinbarung von Trägerbudgets wird der Zahlungsverkehr dahingehend umgestellt, dass keine Abrechnung des Einzelfalls notwendig ist, was zu einer erheblichen Einsparung im Verwaltungsaufwand führt. Dies kann insgesamt auch zu einem Bürokratieabbau beitragen und Ressourcen freisetzen, die der fachlichen Arbeit zugutekommen. Für kleinere Träger gibt es teilweise die Möglichkeit, ein Trägerbudget im Verbund zu verabreden.³⁷ Der Leistungserbringer soll durch das Trägerbudget in die Lage versetzt werden, flexibel und ressourcenorientiert an den individuellen Zielen der Betroffenen orientiert zu arbeiten. Trägerbudgets bedeuten jedoch nicht, dass individuelle Rechtsansprüche versagt werden, weiterhin gilt das gesetzlich vorgesehene Verwaltungsverfahren für die Bewilligung der Leistung – das heißt, dass weiterhin eine Bedarfsermittlung und Gesamtplanerstellung, sowie Bescheidung zu erfolgen hat, woraus der/die Leistungsberechtigte seine/ihre Ansprüche ersehen kann.

Als Rechtsgrundlage für die Vereinbarung von Trägerbudgets kommt § 132 SGB IX in Betracht. Danach können Zielvereinbarungen zur Erprobung neuer und zur Weiterentwicklung der bestehenden Leistungs- und Finanzierungsstrukturen abgeschlossen werden. Der nach § 132 SGB IX geschlossenen Rahmenvereinbarung für das Trägerbudget liegen weiterhin Leistungsvereinbarungen gemäß §§ 123 ff. SGB IX zugrunde. Teilweise werden Trägerbudgets auf der Grundlage des § 125 Abs. 3 Satz 4 SGB IX vereinbart, wonach abweichend von Leis-

34 Vgl. Eckpunkte des Deutschen Vereins für eine integrierte kooperative Sozialplanung vom 16. September 2019 (DV 18/19), abrufbar unter: <https://www.deutscher-verein.de/positionen/>.

35 Kommunale Teilhabeplanung wird als Prozess unter politischer Federführung der Kommunen verstanden, in dem sich die örtlich relevanten Akteur*innen auf den Weg machen, die Zielsetzungen eines „inklusive Gemeinwesens“ unter den spezifischen örtlichen Bedingungen zu verwirklichen, vgl. Prof. Dr. Albrecht Rohrmann, (<https://www.socialnet.de/lexikon/Kommunale-Teilhabeplanung>) (letzter Abruf: 25. Februar 2026).

36 Vgl. § 95 Satz 3 SGB IX, wonach im Rahmen der Strukturplanung die Erkenntnisse aus der Gesamtplanung nach §§ 117 ff. SGB IX zu berücksichtigen sind. Die Inhalte der individuellen Gesamtpläne sollten daher so dokumentiert werden, dass hieraus Hinweise für die kommunale Teilhabeplanung abgeleitet werden können.

37 Dies ist z.B. in Hamburg der Fall.

tungspauschalen andere geeignete Verfahren zur Vergütung und Abrechnung der Fachleistung vereinbart werden können. Ergänzend dazu können sich in den Landesrahmenverträgen Regelungen finden, die die Vereinbarung von Trägerbudgets ermöglichen.³⁸ Meist setzt sich das Budget aus einem Finanzierungsvolumen für die operative Teilhabeleistung und für konkrete Innovationsmaßnahmen zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe zusammen.³⁹ Auch können Vereinbarungen zu möglichen Budgetanpassungen getroffen werden.⁴⁰ Sinnvoll ist es zudem, die Zusammenarbeit und Kooperation von Leistungserbringern zu regeln, um gemeinsame Angebote zu entwickeln. Voraussetzung für die Vereinbarung von Budgets ist eine regelhafte Kommunikation zwischen den Vertragsparteien, die von einer Kultur des Vertrauens geprägt ist sowie Transparenz beim Leistungsvolumen beispielsweise durch ein differenziertes Trägercontrolling bietet.

Der Deutsche Verein empfiehlt, die Experimentierklausel des § 132 SGB IX zu nutzen, um neue und flexible Finanzierungsmodelle, wie z.B. Trägerbudgets, zu erproben und weiterzuentwickeln. Die Umsetzung sollte durch eine wissenschaftliche Untersuchung begleitet werden.

3.4 Regionale Vernetzung fördern

Die in vielen Teilen Deutschlands gebildeten Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV) als Zusammenschlüsse von Leistungserbringern und weiteren relevanten Stellen zeigen, wie Vernetzung und verbindliche Zusammenarbeit in den regionalen Versorgungsstrukturen funktionieren können. Die Gemeindepsychiatrischen Verbände⁴¹ tragen mit ihrem Bekenntnis zur regionalen Versorgungsverantwortung und ihren Vereinbarungen zu gemeinsamen Qualitätsstandards zur Verbesserung der personenzentrierten Hilfen von Menschen mit seelischer und psychischer Behinderung wesentlich bei. Die Bildung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden sind in einigen Bundesländern gesetzlich in den Hilfe- und Schutzgesetzen (PsychKG oder PsychKHG) verankert. Der Grad der Verbindlichkeit und die Vereinbarungsebene variieren in den Regionen. In der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrische Verbände (BAG GPV) haben sich die Mitglieder zu gemeinsamen Qualitätsstandards und Qualitätssicherungsmechanismen wie gegenseitige Besuchskommissionen und

Berichten verpflichtet (aktuell über 40 Mitgliedsregionen bundesweit). Wesentliche Qualitätsstandards sind insbesondere:

- ▶ Abstimmung der Leistungserbringung durch eine koordinierende Bezugsperson,
- ▶ Übernahme einer regionalen Versorgungsverantwortung mit Leistungsträgern,
- ▶ gemeinsame umfassende und individuelle Hilfeplanung (z.B. Teilhabe-, Gesamt-, Behandlungsplanung),
- ▶ individuelle, bedarfsgerechte Hilfen,
- ▶ regelmäßige Überprüfung der Versorgungssituation.

Sowohl die konkrete konzeptionelle Ausgestaltung als auch die Umsetzung in der Praxis in den verschiedenen Regionen weicht teilweise erheblich voneinander ab. Insoweit kann von keiner Einheitlichkeit im Sinne der Qualitätsstandards von der BAG GPV ausgegangen werden kann.

Die Verbände ermöglichen aber eine koordinierte sektoren- und rechtskreisübergreifende Kooperation. Dadurch können Parallelstrukturen vermindert und Synergien geschaffen werden. Insbesondere in komplexen Einzelfällen ergeben sich durch die Kooperationsstrukturen im GPV Potenziale, eine bedarfsgerechte und personenzentrierte Versorgung sicherzustellen. Die Gemeindepsychiatrischen Verbände sollten daher gestärkt und ggf. ausgebaut werden. Für Menschen mit körperlichen oder kognitiven Behinderungen gibt es bisher kaum vergleichbare Netzwerke. Daher sollte geprüft werden, solche Netzwerke auch in diesem Bereich aufzubauen und die angeführten Erfahrungen aus der psychiatrischen Versorgung einfließen zu lassen. Aus Sicht des Deutschen Vereins ist die regionale Vernetzung von Selbstvertreter*innen, Leistungsträgern, Leistungserbringern und Verbänden von Menschen mit Behinderungen zur Sicherung einer bedarfsgerechten und personenzentrierten Angebotsstruktur auszubauen und zu stärken. Eine stärkere verbindliche Zusammenarbeit der Leistungserbringer, Kliniken und anderer relevanter Stellen kann dabei das gegenseitige Verständnis stärken, den Austausch befördern und damit auch zu einer Verbesserung der Leistungserbringung im Sinne einer regionalen Verantwortungsgemeinschaft beitragen. **Der Deutsche Verein empfiehlt daher den Bundes- und Landesgesetzgebern, eine gesetzliche Verankerung sowohl in den Landesgesetzen als auch im Sozialgesetzbuch zu prüfen.**

38 Z.B. in § 22 Abs. 1 Satz 2 LRV-SH.

39 Beispielsweise in Hamburg und in Rheinland-Pfalz.

40 Z.B. im Landkreis Nordfriesland wurde eine Öffnungsklausel zu Personalkostensteigerungen durch Tarifsteigerungen über Inflationsprognose vereinbart.

41 Gemeindepsychiatrische Verbände sind regionale Netzwerke, in denen sich Akteure und Institutionen im Bereich der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung verbindlich zusammenschließen, u.a. psychiatrische Dienste, Psychiatrische Kliniken oder Tageskliniken, Sozialpsychiatrische Dienste, Betreutes Wohnen, Tagesstätten und WfbM, Selbsthilfegruppen, Behörden und Sozialversicherungsträger.

4. Überlegungen zur Umsetzung und Anwendung des Leistungserbringungsrechts im SGB IX

4.1 Vom Bedarf zu Leistungen und Vergütungen

Eine wesentliche Ursache für die verzögerte Umsetzung der Regelungen in der Eingliederungshilfe liegt in den komplexen und oftmals langwierigen Verhandlungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern über Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen. Diese gestalten sich auch deshalb schwierig, weil im Sinne einer personenzentrierten Leistungserbringung teilweise eine sehr differenzierte und kleinteilige Ausgestaltung der Vereinbarungen für erforderlich gehalten wird. Diese Detailtiefe führt zu einem erheblichen Abstimmungsaufwand auf beiden Seiten.

Eine Herausforderung bei der Entwicklung einer neuen Leistungs- und Finanzierungssystematik in einem personenzentrierten System der Eingliederungshilfe besteht auch darin, einen hinreichend differenzierten Bezug zu den individuell festgestellten Bedarfen herzustellen und dabei gleichzeitig ein handhabbares Verfahren zur Vereinbarung der Leistungen und Vergütungen zu ermöglichen.⁴² Die Umsetzung der Personenzentrierung bedingt jedoch nicht, dass die Vergütung und damit zusammenhängend die Abrechnung auch individuell erfolgen muss. Die Systematik in § 131 Abs. 1 SGB IX i.V.m. § 125 Abs. 3 Satz 3 SGB IX lässt z.B. auch eine Kombination aus Leistungspauschalen für bestimmte Vorhalte- und Gruppenleistungen und individuelle Fachleistungsstunden zu. **Der Deutsche Verein empfiehlt dazu, in den Landesrahmenverträgen bzw. Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen klar zu definieren, welche Leistungen/Bedarfe mit der Vorhalte-/Gruppenleistung abgedeckt werden sollen und welche zusätzlich über individuelle Fachleistungen.** Um das Abrechnungsverfahren zu vereinfachen, ist es beispielsweise auch möglich, alle Fachleistungsstunden der leistungsberechtigten Person eines Dienstes zu einem Budget zusammenzufassen, das bedarfsorientiert abgerufen werden kann und keine Spitzabrechnung erfährt. Daneben bietet die Regelung des § 132 SGB IX eine potenzielle Grundlage für innovative und praxisnahe Lösungen.⁴³ Sie eröffnet die Möglichkeit, alternative Modelle der Vertragsgestaltung zu erproben und damit neue Wege in der Zusammenarbeit zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern zu beschreiten.

Neben Dienst- und Sachleistungen können Leistungen der Eingliederungshilfe mit Zustimmung der Leistungsberechtigten auch als pauschale Geldleistungen nach § 105 Abs. 3 SGB IX erbracht werden. Welche Leistungen als pauschale Geldleistungen erbracht werden können, regelt § 116 Abs. 1 SGB IX. Typischerweise handelt es sich hierbei um einfache wiederkehrende Leistungen, die keine fachliche Qualifikation der unterstützenden Person(en) erfordert, z.B. eine vorbestimmte Anzahl an Taxigutscheinen. Eine individuelle Bemessung entfällt, da der Umfang der Leistungen in typisierender Weise unter Verzicht auf individuelle Besonderheiten erfasst wird. Der Eingliederungshilfeträger muss vorab festhalten, auf welcher Grundlage er die Pauschalen ermittelt. **Der Deutsche Verein empfiehlt, zu prüfen, weshalb die Regelung des § 105 Abs. 3 SGB IX bisher noch wenig genutzt wird und inwiefern gegebenenfalls eine stärkere Nutzung gefördert werden kann.**

4.2 Ordnungsrecht und Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz anpassen

Erschwerend kommt hinzu, dass das Ordnungsrecht der Länder sowie das bundesgesetzliche Vertragsrecht – insbesondere das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) – in vielen Fällen nicht hinreichend mit dem leistungsrechtlichen und leistungserbringungsrechtlichen Rahmen des SGB IX abgestimmt sind. Die Strukturänderungen im Leistungsrecht der Eingliederungshilfe sind teilweise nicht im Ordnungsrecht der Länder (Heimrecht) und auch nicht im Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz nachvollzogen worden. Doppelte Regelungen von Strukturvorgaben z.B. für das Personal (Fachkraftquoten u. ä.) im Landes-Heimrecht und den Vereinbarungen nach dem SGB IX führen zu Unsicherheiten und einem zusätzlichen bürokratischen Aufwand, u.a. durch erhöhte Anforderungen an die Dokumentation bzw. Nachweisführung zum eingesetzten Personal. **Der Deutsche Verein empfiehlt daher den Ländern und dem Bund, die Strukturvorgaben im Ordnungsrecht und im WBVG mit den Regelungen des SGB IX, den Vorgaben der Landesrahmenverträge sowie Vereinbarungen nach dem SGB IX so zu harmonisieren, damit Dokumentationspflichten auf das Nötigste begrenzt und doppelte Meldepflichten abgebaut werden.**

42 Vgl. Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zu Assistenzleistungen nach dem SGB IX (DV 27/23) vom 19. Juni 2024, S. 14, abrufbar unter: <https://www.deutscher-verein.de/positionen/>.

43 § 132 SGB IX erweitert die sich bereits aus § 125 Abs. 3 Satz 4 SGB IX für die Vertragspartner ergebenden Möglichkeiten, indem sich diese nicht nur auf die Verfahren zur Vergütung und Abrechnung beschränkt, sondern auch die Leistung betrifft.



4.3 Qualität und Wirksamkeit

Mit der gesetzlichen Verankerung von Qualität und Wirksamkeit im Vertragsrecht der Eingliederungshilfe (sowie anderen Stellen im SGB IX) wurde diesen Kriterien ein besonderes Gewicht beigemessen. Damit wurden weitere Voraussetzungen geschaffen, um die fachliche Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe voranzutreiben. Der Deutsche Verein hat bereits betont, dass eine gemeinsame Verständigung zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern über die beiden Begriffe notwendig ist und hat Hinweise zu einer Begriffsbestimmung gegeben.⁴⁴ Wirkungsorientierung gewinnt im Rahmen der Sozialen Arbeit zunehmend an Bedeutung und kann dazu beitragen, Angebote fachlich weiterzuentwickeln, transparenter zu machen und die eigene Professionalisierung zu stärken. **Der Deutsche Verein empfiehlt daher den Leistungsträgern und Leistungserbringern, zum Konzept der Wirkungsorientierung ein gemeinsames Verständnis zu entwickeln. Der Deutsche Verein wiederholt zudem seine Empfehlungen an die Wissenschaft, interdisziplinär unter Einbeziehung von Vertreter/innen der Leistungsträger, der Leistungserbringer und der Leistungsberechtigten zu erforschen, welche Strukturen und Prozesse sich teilhabefördernd auswirken, d.h. die Ergebnisqualität – im Sinne von Gelingensbedingungen – positiv beeinflussen können.**⁴⁵

5. Einführung eines Bundesteilhabegeldes

Die bisherigen Regelungen der Eingliederungshilfe nach SGB IX sehen für die Deckung auch von geringfügigen Teilhabebedarfen ein umfangreiches Antrags- und Prüfverfahren vor, das insbesondere bei geringfügigen und kurzfristigen Bedarfen als zu hochschwierig und bürokratisch empfunden wird. Menschen mit Behinderungen müssen für alltägliche Bedarfe – wie die kurzfristige Inanspruchnahme von Assistenzleistungen oder Gebärdensprachdolmetschung – das Gesamtplanverfahren durchlaufen, was zu langen Bearbeitungszeiten und einer eingeschränkten Flexibilität führt. Eine pauschale, einkommens- und vermögensunabhängige Leistung zur Deckung solcher Bedarfe fehlt bislang.

Dem Anliegen, diese Bedarfe unkompliziert und niedrigschwellig zu decken, könnte durch die Einführung eines Bun-

desteilhabegeldes, wie vom Deutschen Verein bereits in der Vergangenheit gefordert,⁴⁶ als eine aus dem Bundeshaushalt steuerfinanzierte neue Leistung für Menschen mit Behinderungen begegnet werden. Das Bundesteilhabegeld könnte als pauschaler, vorgelagerter Nachteilsausgleich die niedrigschwellige Partizipation und selbstbestimmte Lebensführung von Menschen mit Behinderungen fördern. Ziel wäre es, geringfügige Teilhabebedarfe (wie die Beschaffung von finanziell geringwertigen, entgeltlichen Hilfen zur Deckung von einmal oder wiederkehrend auftretenden Bedarfslagen in den Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 102 Abs. 1 SGB IX) ohne das aufwendige und hochschwellige System der Eingliederungshilfe zu decken und gleichzeitig eine Entlastung der Träger der Eingliederungshilfe zu ermöglichen. Damit würde ein Paradigmenwechsel angestrebt, der die Teilhabechancen für Menschen mit Behinderungen verbessern und zugleich die Träger der Eingliederungshilfe entlasten könnte.

Der Deutsche Verein empfiehlt, die Einführung eines bundesfinanzierten Bundesteilhabegeldes als pauschale Leistung zur Förderung der Teilhabe zu prüfen. Die Anspruchsvoraussetzungen könnten anhand leicht feststellbarer Kriterien definiert werden, ohne dass eine individuelle Gesamtplanung erforderlich ist. Die Leistung sollte einkommens- und vermögensunabhängig gewährt werden und für alle Leistungsgruppen der Eingliederungshilfe offenstehen. Soweit die individuellen Teilhabebedarfe das Bundesteilhabegeld übersteigen würden, stünde es den Leistungsberechtigten frei, die individuelle und bedarfsdeckende Eingliederungshilfe zu beantragen.

Die konkrete Ausgestaltung des Antragsverfahrens und der Nachweisführung sowie das Zusammenspiel mit anderen Leistungen sollte durch eine Rechtsverordnung des Bundes geregelt und durch die Länder ergänzt werden können.

6. Refinanzierung von Wohnkosten für Menschen mit Behinderungen sicherstellen

Aus Sicht des Deutschen Vereins besteht ein dringender Prüf- und Änderungsbedarf hinsichtlich der Zuordnung von fachlichen und existenzsichernden Leistungen. Insbesondere die Regelungen zu den Aufwendungen für Unterkunftskosten in

44 Eckpunkte des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zu Wirkung und Wirksamkeit in der Eingliederungshilfe (DV 26/20), S. 8, abrufbar unter: <https://www.deutscher-verein.de/positionen/>.

45 Vgl. Fußn. 44.

46 Empfehlungen des Deutschen Vereins zu „Eigenständiges Leistungsgesetz für Menschen mit Behinderung schaffen – Bundesteilhabegeld einführen“ vom 9. Oktober 2013 (DV 13/13). Abrufbar unter: <https://www.deutscher-verein.de/positionen/>.

besonderen Wohnformen gemäß § 42a Abs. 6 Satz 2 SGB XII sowie ergänzend § 113 Abs. 5 Satz 1 Halbsatz 2 SGB IX bedürfen einer Überarbeitung. Die bisherige Trennung zwischen existenzsichernden und fachlichen Leistungen führt in der Praxis in ihrer jetzigen Ausgestaltung zu Abgrenzungsproblemen und kann die bedarfsgerechte Finanzierung behindern. Dies wurde bereits in der Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Bundesteilhabegesetz (DV 23/16 vom 27. September 2016) kritisch angemerkt. **Der Deutsche Verein fordert daher den Bundesgesetzgeber auf, die Kosten im Bereich Wohnraumüberlassung in besonderen und gemeinschaftlichen Wohnformen als existenzsichernde Leistungen zu definieren. Die notwendigen Kosten einer angemessenen und den Bedürfnissen des Menschen mit Behinderungen entsprechenden Unterkunft im Sinne der Inklusion sind vom Träger der Grundsicherung in vollem Umfang zu übernehmen.**

Referenzsysteme staatlicher Transferleistungen in SGB II und SGB XII zur Berechnung der Leistungshöhen für inklusionsspezifische Faktoren sollten angepasst werden (z.B. zum barrierefreien Wohnraum). Die Berechnungsgrundlage zur Erfassung angemessener Wohnraumkosten ist an die spezifischen Bedürfnisse der Menschen mit Behinderungen an ihren Wohnraum und die damit einhergehenden Kosten anzupassen. Dafür könnten Vergleichsgruppen gebildet werden, um die jeweilige Angemessenheit adäquat abzubilden.

Zudem sollten der Bund und die Länder weitere Anstrengungen unternehmen, um bezahlbaren und barrierefreiem Wohnraum als zentrale Voraussetzung für die Umsetzung geeigneter Unterstützungssettings für Menschen mit Behinderungen zu fördern. **Der Deutsche Verein empfiehlt, in die entsprechenden Förderprogramme auch den Bereich der Eingliederungshilfe und die Zielgruppe Menschen mit Behinderungen, insbesondere besondere Wohnformen, einzubeziehen.**

7. Schnittstelle Eingliederungshilfe und Pflege weiterentwickeln

Menschen mit Behinderungen sind häufig sowohl auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX als auch auf Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI angewie-

sen. Bei der Art und Weise, wie die Schnittstelle dieser beiden Leistungen geregelt ist, unterscheidet das Gesetz nach dem Wohnort der Menschen mit Behinderungen.

Wohnen Menschen mit Behinderungen im häuslichen Bereich, gilt der Gleichrang beider Leistungen (§ 91 Abs. 3 SGB IX i.V.m. § 13 Abs. 3 Satz 3 Halbsatz 1 SGB XI). Da es zum Teil zu Überschneidungen der Leistungen kommen kann, ist grundsätzlich eine Klärung unter Beteiligung der Pflegekasse im Gesamtplanverfahren unter Berücksichtigung der Zielsetzung der Leistungen zu empfehlen.⁴⁷ Wohnen Menschen mit Behinderungen in einer besonderen Wohnform, sind die Leistungen der Eingliederungshilfe „einschließlich“ der Pflegeleistungen zu gewähren (§ 13 Abs. 3 Satz 3 Halbsatz 2 SGB XI). In diesen Fällen begrenzt die Sonderregelung des § 43a SGB XI die Leistungen der Pflegeversicherung für pflegebedingte Aufwendungen auf derzeit 278,- € monatlich. Die 1995 festgelegte und seitdem nur minimal erhöhte finanzielle Beteiligung der Pflegeversicherung an den Kosten der Pflege in den besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe bildet die Kostenentwicklung und die Entwicklung der Pflegebedarfe in den Angeboten jedoch nicht ab.

Der Deutsche Verein bekräftigt seine mehrfach vorgebrachte Forderung, dass versicherten pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung, unabhängig davon, wo und wie sie leben, die Leistungen der Pflegeversicherung vollumfänglich zur Verfügung stehen müssen.⁴⁸ Der Deutsche Verein setzt sich für eine entsprechende Anpassung des Pauschalbetrages in § 43a SGB XI nach den jeweiligen Pflegegraden der Leistungsberechtigten ein. Zur notwendigen Stärkung der Pflegefachlichkeit in den besonderen Wohnformen müssen die Leistungspauschalen für entstehende Pflegebedarfe in besonderen Wohnformen dem § 43 SGB XI angeglichen werden.

Um eine durchgängige Versorgung und Teilhabe sicherzustellen, sind klare und koordinierte Regelungen erforderlich, die sowohl die pflegerischen als auch die rehabilitativen Bedarfe von Menschen mit Behinderungen angemessen berücksichtigen.

Deshalb empfiehlt der Deutsche Verein, die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Pflege klarer zu regeln.

47 Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Pflege mit dem Fokus auf den häuslichen Bereich vom 10. Mai 2022 (DV 20/21), S. 8, abrufbar unter: <https://www.deutscher-verein.de/positionen/>.

48 Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege vom 3. Dezember 2025 (DV 4/25), S. 23, abrufbar unter: <https://www.deutscher-verein.de/positionen/>.

8. Arbeits- und Fachkräftemangel begegnen

Für eine bedarfsdeckende Angebotslandschaft in der Eingliederungshilfe ist es von grundlegender Bedeutung, dass ausreichend Fach- und Arbeitskräfte zur Verfügung stehen. In der Eingliederungshilfe ist in der Begleitung und Unterstützung von Menschen mit Behinderungen eine große Anzahl unterschiedlicher Berufsgruppen tätig, insbesondere Heilerziehungspfleger*innen (HEP), Erzieher*innen, Heilpädagogen*innen, Helferberufe wie Heilerziehungshelfer*innen und Sozialassistenten*innen sowie Sozialarbeiter*innen, Pflegefachpersonen/Pflegefachassistenten*innen und therapeutische Berufe wie Logopäden*innen und Ergotherapeuten*innen, Verwaltungsfachkräfte wie auch ungelernete Helfer*innen. Ihre Arbeit ist essenziell, um Menschen mit Behinderungen eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Inklusion kann nur mit ausreichend Fach- und Arbeitskräften gelingen. Das Berufsfeld in der Eingliederungshilfe sollte für die Nachwuchsgewinnung insgesamt bekannter gemacht werden. Dafür sollten Freiwilligendienste, wie das Freiwillige Soziale Jahr, die Berufs- und Studienorientierung sowie Berufspraktika gestärkt werden.

Jedoch verschärft sich der Arbeits- und Fachkräftemangel in der Eingliederungshilfe zunehmend. Leistungserbringer können teilweise offene Stellen nicht besetzen, was zur Folge hat, dass Kapazitäten für Teilhabemöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen zunehmend knapp werden und Dienste und Einrichtungen teilweise ihre Aufnahmekapazitäten bereits reduzieren müssen.⁴⁹ Dadurch entstehen lange Wartelisten. Im schlimmsten Fall müssen ganze Angebote aufgrund des Personalmangels geschlossen werden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen sehen sich aufgrund des Personalmangels häufig einer erhöhten Arbeitsbelastung ausgesetzt.⁵⁰ Aufgrund der demografischen Entwicklung wird sich dieser Trend bei gleichzeitig zu erwartenden Zuwächsen an Leistungsberechtigten voraussichtlich fortsetzen und weiter verschärfen. Die Entwicklung neuer personenzentrierter Angebote oder die Ausweitung von bestehenden Angeboten, für

die weiteres Personal notwendig wäre, wird erschwert bzw. ist kaum zu bewältigen.

Auch bei den Trägern der Eingliederungshilfe hat die Umsetzung des BTHG teilweise zu einem Personalaufwuchs geführt, der aber angesichts des sich verschärfenden Mangels an Arbeits- und Fachkräften seine Grenzen findet.⁵¹ Einigen Trägern der Eingliederungshilfe fehlt es bereits an Personal mit pädagogischer Qualifikation, das für Bedarfsermittlung und Planung der Leistungen erforderlich ist. Aber auch beim Aufbau der Teams für Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen bestehen teilweise Probleme bei der Suche nach passendem Personal. **Insbesondere für diese Bereiche empfiehlt der Deutsche Verein, die Chancen von KI-Assistenzsystemen zu nutzen und das Personal in der Eingliederungshilfe entsprechend zu qualifizieren.**

Um dem Arbeits- und Fachkräftemangel in der Eingliederungshilfe insgesamt entgegenzuwirken, sind daher dringend gemeinsame Anstrengungen aller Akteure erforderlich. Notwendig sind wirksame Strategien und Maßnahmen zur Personalsicherung und -gewinnung für die Leistungen an Menschen mit Behinderungen. Dies schließt auch Maßnahmen zur Sicherstellung von fachlichen Standards ein, um möglichen De-Professionalisierungstendenzen in der Eingliederungshilfe entgegenzutreten. Zusätzlich müssen die Arbeitsbedingungen in der Eingliederungshilfe (z.B. entsprechend der Kriterien „Gute Arbeit“⁵²) verbessert werden, um dem Arbeits- und Fachkräftemangel wirksam begegnen zu können. Ziel muss es sein, dafür zu sorgen, dass die notwendige Unterstützung von Menschen mit Behinderungen sichergestellt wird. Außerdem müssen attraktive, durchlässige und transparente Ausbildungs- und Weiterqualifizierungsmöglichkeiten sichergestellt und ausgebaut werden, auch im Hinblick auf die Transformationen des Arbeitsmarktes.

Zudem ist aktuell ein Wettbewerb um Arbeits- und Fachkräfte in der Eingliederungshilfe mit anderen sozialen Leistungsbereichen wie der Kinder- und Jugendhilfe oder der Pflege zu beobachten.⁵³ Das gegenseitige Abwerben von Personal führt dabei zu hohen Kosten auf allen Seiten, obgleich der Pool an Arbeits- und Fachkräften unverändert bleibt. Der Deutsche

49 Eine Umfrage des Evangelischen Fachverbands für Teilhabe (BeB) unter seinen Mitgliedseinrichtungen 2023 belegt den Personalmangel in den Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe; vgl. <https://www.diakonie.de/informieren/infothek/2024/dezember/blitz-umfrage-versorgung-von-menschen-mit-behinderung-in-gefahr> (letzter Abruf: 25. Februar 2026).

50 Vgl. dazu auch eine Befragung der TU Darmstadt aus 2021 von 8.114 Beschäftigten in der Behindertenhilfe zu ihrer Arbeitssituation im Rahmen einer durch die Hans-Böckler-Stiftung geförderten Branchenanalyse Behindertenhilfe.

51 Laut Abschlussbericht der Finanzuntersuchung zum BTHG haben die Träger der Eingliederungshilfe ihr Personal für individuelle Planungsverfahren im Zeitraum 2016 bis 2023 um 207% ausgebaut (vgl. Tabelle 50, S. 103).

52 DGB-Index Gute Arbeit, <https://index-gute-arbeit.dgb.de/dgb-index-gute-arbeit/was-ist-der-index> (letzter Abruf: 26. Februar 2026).

53 Vgl. Themenheft des Bezirks Oberbayern „Fachkräftemangel in der Eingliederungshilfe – Aktuelle Lage der Maßnahmen in Oberbayern 2024“, <https://www.bezirk-oberbayern.de/output/download.php?fid=3432.3846.1..PDF> (letzter Abruf: 26. Februar 2026).

Verein tritt daher für eine Stärkung sozialer Berufe insgesamt auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene u.a. im Rahmen konsistenter Konzepte und Programme zur Personalgewinnung, -qualifizierung und -bindung ein. Das breite Spektrum der Eingliederungshilfe mit seinen Besonderheiten und Bedarfen sollte dabei gut wahrnehmbar sein und berücksichtigt werden. Die Vielfalt und Komplexität der fachlichen Anforderungen dieses Arbeitsfeldes erfordert zudem ein angemessenes Verhältnis zwischen Fachkräften unterschiedlicher Professionen und Nichtfachkräften.

8.1 Inländische Personalsicherung und -gewinnung

Aus Sicht des Deutschen Verein bedarf es einer Gesamtstrategie auf Bundes- und Landesebene, um den Arbeits- und Fachkräftepool in der Eingliederungshilfe zu vergrößern. Der Bund sollte den Bereich der Eingliederungshilfe im Rahmen seiner Fachkräftestrategie stärker berücksichtigen. Bisher hat der Personalmangel im Bereich der Eingliederungshilfe immer noch wenig Aufmerksamkeit erhalten.

Es fehlt an verlässlichen Daten zur Personalsituation und Personalbedarfen in der Eingliederungshilfe. Einige Bundesländer haben sich bereits auf den Weg gemacht, um Bestands- und Bedarfsanalysen zu den in der Eingliederungshilfe beschäftigten Arbeits- und Fachkräften vorzunehmen.⁵⁴

Der Deutsche Verein empfiehlt daher die Etablierung eines dauerhaften Monitoringverfahrens der aktuellen Arbeits- und Fachkräftesituation und des künftigen Personalbedarfs in der Eingliederungshilfe bspw. auf Basis der Daten der Bundesagentur für Arbeit (BA). Zudem empfiehlt der Deutsche Verein den Ländern, eine regelmäßige Analyse des aktuellen und künftigen Personalbedarfs sowie vor allem Maßnahmen zur Fachkräftegewinnung und -sicherung in der Eingliederungshilfe zu implementieren.

Die Heilerziehungspflege und Heilpädagogik spielen eine zentrale Rolle in der Eingliederungshilfe. Die Heilerziehungspflege ist von der BA erstmals als Engpassberuf anerkannt worden.⁵⁵ Durch die Einstufung als Engpassberuf besteht künftig die Möglichkeit, die Ausbildung in der Heilerziehungspflege nach § 81 SGB III durch die BA fördern zu lassen. **Zudem spricht**

sich der Deutsche Verein dafür aus, die Rahmenbedingungen in der Aus- und Weiterbildung für die in der Eingliederungshilfe relevanten Berufsgruppe – insbesondere Heilerziehungspflege und Heilpädagogik – zu verbessern, um die Attraktivität der Berufe und der Ausbildung zu steigern.⁵⁶

Derzeit ist die Ausbildung der Heilerziehungspfleger*innen in Bezug auf Inhalte, Qualität und auch Finanzierung uneinheitlich. Teilweise wird ein Schulgeld erhoben. Eine Möglichkeit besteht daher in der Harmonisierung der Ausbildungsstandards auf Bundesebene, sodass eine bundeweit vergleichbare und in allen Bundesländern anerkannte HEP-Ausbildung ermöglicht wird, die auch berufsbegleitend möglich sein sollte. Dabei muss die Heilerziehungspflege in die Schulgeldfreiheit aufgenommen werden. Wünschenswert wäre zudem, eine praxisintegrierte Ausbildung und damit auch eine Ausbildungsvergütung in allen Bundesländern zu ermöglichen, die entsprechend refinanziert wird. Bestehende Ausbildungskapazitäten müssen gesichert und weiter ausgebaut werden. Kosten für duale Studiengänge – bestehend aus Studiengebühren und bezahlter Freistellung – sollten vollumfänglich in Entgeltsätzen refinanziert werden.

Um auch einen niedrighschwelligigen Einstieg zu ermöglichen, sollten formale Einstellungserfordernisse und geforderte Qualifikationen jeweils auf ihre zwingende Notwendigkeit hin geprüft und im Zweifel flexibler als bisher ausgestaltet werden. Die Möglichkeit, Hilfs- und Assistenzkräfte während des Beschäftigungsverhältnisses berufsbegleitend zu Fachkräften zu qualifizieren, sollte vereinfacht und vollständig finanziell gefördert werden.

Einige Leistungserbringer müssen wegen des Personalmanagements auf die kostenintensive Zeitarbeit zurückgreifen. Zeitarbeitsfirmen können Personalengpässe ausgleichen, sind aber keine langfristige strategische Lösung, um den Arbeits- und Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Daher bedarf es gesetzlicher Regelungen zu Rahmenbedingungen und Begrenzung von Zeitarbeit. **Der Deutsche Verein empfiehlt dem Bundesgesetzgeber, bezüglich der Regelung der Arbeitnehmerüberlassung (Arbeitnehmerüberlassungsgesetz – AÜG) zu prüfen, inwiefern die Bedarfe der Eingliederungshilfe entsprechend mitberücksichtigt werden können.**

54 Z.B. NRW und Bayern.

55 https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Fachkraeftebedarf/Engpassanalyse-Nav.html?Thema%3Denglist%26DR_Region%3Dd%26DR_Engpassbewertung%3De%26DR_Anf%3D3%26mapHadSelection%3Dfalse%26toggleSwitch%3D0 (letzter Abruf: 26. Februar 2026).

56 Die Kultusministerkonferenz (KMK) hat im Mai 2022 zur Steigerung der Attraktivität und Qualität der Ausbildung eine Initiative zur Weiterentwicklung bei der Qualifizierung von „Staatlich anerkannten Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspflegern“ ergriffen und Maßnahmenbündel beschlossen (<https://www.kmk.org/presse/pressearchiv/mitteilung/ausbildung-sozialpaedagogischer-fachkraefte-kmk-beschliesst-massnahmenbueudel-zur-attraktivitaetssteigerung-der-ausbildung-von-heilerziehungspflegerinnen-und-pflegeren.html> [letzter Abruf: 26. Februar 2026]).

8.2 Personalakquise aus dem Ausland

Der Deutsche Verein hat sich für eine integrations- und entwicklungspolitisch verantwortungsvoll ausgestaltete Einwanderung von Fachkräften ausgesprochen.⁵⁷ Der Deutsche Verein bekräftigt, dass neben der Einwanderung von Fachkräften und Auszubildenden stets auch inländische Potenziale, einschließlich hier lebender Geflüchteter, berücksichtigt werden müssen.⁵⁸ Darüber hinaus ist für die Eingliederungshilfe die Anwerbung von Auszubildenden, Studierenden und sonstigen Arbeitskräften zu befürworten. Sie kann eine wichtige Rolle spielen, um dem Personalmangel zu begegnen. Fachkräfte aus dem Ausland müssen in Deutschland ein komplexes Anerkennungsverfahren mit hohen bürokratischen Hürden durchlaufen. Der Deutsche Verein hat mehrfach betont, dass bei der Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse weitere Verbesserungen notwendig sind.⁵⁹ Er hat zugleich anerkannt, dass bereits viel erreicht worden ist.⁶⁰

Unter anderem hat er – seinerzeit bezogen auf Studiengänge der Sozialen Arbeit – darauf hingewiesen, dass ein gemeinsamer Ansprechpartner und einheitliche Mindeststandards für Verfahren und inhaltliche Anforderungen an die staatliche Anerkennung ausländischer Abschlüsse erforderlich sind.⁶¹ Der Deutsche Verein bekräftigt diese Forderung für die Berufe der Heilerziehungspflege und Heilpädagogik und die sozialen Berufe insgesamt. Er begrüßt daher, dass diese Aspekte im Umlaufbeschluss des Bundeskanzlers und der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 6. Dezember 2024 aufgegriffen und im darauf folgenden Beschluss der Genannten vom 4. Dezember 2025 konkretisiert wurden: eine weitere Bündelung der Zuständigkeiten, eine weitere Harmonisierung der Anerkennungsprozesse, eine weitere Harmonisierung der landesrechtlichen Anerkennungsregelungen sowie die automatische Gültigkeit von Anerkennungen in allen Ländern. Er betont auch, dass die weiteren in den Beschlüssen vorgese-

henen Maßnahmen, unter anderem der Digitalisierung und Entbürokratisierung, sinnvoll sind und weiter vorangetrieben werden sollten.

Beispielsweise sollte eine Kompetenzvermutung für alle mindestens dreijährig beruflich oder akademisch ausgebildeten Fachkräfte aus dem Ausland mit den zur Berufsausübung erforderlichen deutschen Sprachkenntnissen umgesetzt werden. Jede Fachkraft, die diese Voraussetzungen erfüllt, sollte unmittelbar auch als Fachkraft tätig werden dürfen; eventuelle Ausgleichsmaßnahmen sollen berufsbegleitend erfolgen können.

Die Akquise aus dem Ausland durch Leistungserbringer setzt hohes Fachwissen voraus und ist zudem sehr aufwendig und personal- sowie kostenintensiv. **Der Deutsche Verein regt daher an, die Anwerbung insbesondere zum Zweck der Berufsausbildung gebündelt durch leistungserbringer- und leistungsträgerübergreifende Zusammenarbeit zu gestalten. Der Deutsche Verein regt zudem an, entsprechende Förderprogramme auf Landesebene⁶² oder Förderprogramme zur Unterstützung entsprechend dem Bereich der Pflege, wo diese nicht bestehen, zu etablieren.** Wo diese nicht bestehen, müssen die Anwerbe- und Integrationskosten in den Vergütungsvereinbarungen berücksichtigungsfähig sein (analog § 75 Abs. 2 Nr. 10 SGB XI⁶³). Zur Qualitätssicherung ist eine Beschränkung auf solche Dienstleister denkbar, die entsprechende Qualitätsnachweise vorlegen können.⁶⁴

Darüber hinaus bekräftigt der Deutsche Verein seine Empfehlung, die Einwanderung aus dem Ausland zum Zweck der Berufsausbildung und des Studiums zu stärken, und den Ausbau von Ausbildungskooperationen auszubauen, bei denen junge Menschen von staatlichen Kooperationspartnern begleitet in Berufsausbildung vermittelt werden.⁶⁵

57 Ausführlich dazu Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Fachkräfteeinwanderungsgesetz vom 19. Dezember 2018, S. 6, abrufbar unter: <https://www.deutscher-verein.de/positionen/>.

58 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für eine Fachkräfteeinwanderungsgesetz vom 19. Dezember 2018, S. 5, abrufbar unter: <https://www.deutscher-verein.de/positionen/>.

59 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Fachkräfteeinwanderungsgesetz vom 19. Dezember 2018, S. 15 ff., abrufbar unter: <https://www.deutscher-verein.de/positionen/>.

60 Voraussetzungen für Berufsausbildung und Berufsausbildungsförderung für Geflüchtete – eine Handreichung des Deutschen Vereins (DV 25/20), S. 4., abrufbar unter: <https://www.deutscher-verein.de/positionen/>.

61 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Fachkräfteeinwanderungsgesetz vom 19. Dezember 2018, S. 19, abrufbar unter: <https://www.deutscher-verein.de/positionen/>.

62 Vgl. Z.B. Saarland, https://www.saarland.de/masfg/DE/aktuelles/aktuelle-meldungen/aktuelle-meldungen_2026/aktuelle-meldungen_2026-01/aktuelle-meldungen_20260116_foerderrichtlinie (letzter Abruf: 26. Februar 2026).

63 Z.B. in Schleswig-Holstein in der stationären Pflege, wo bis zu 12.500,- Euro pro ausl. Pflegefachkraft pauschal berücksichtigungsfähig sind.

64 Z.B. Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“; da ggf. nicht jedes Unternehmen, welches bspw. pädagogische Fachkräfte vermittelt, aber ein Pflege-Gütesiegel hat, sollte kein ausschließlicher Bezug darauf genommen werden.

65 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Fachkräfteeinwanderungsgesetz vom 19. Dezember 2018, S. 10, abrufbar unter: <https://www.deutscher-verein.de/positionen/>.

9. Entbürokratisierung und Digitalisierung

Im Koalitionsvertrag⁶⁶ wurde vereinbart, Maßnahmen zum Bürokratieabbau in der Eingliederungshilfe zu identifizieren. Der Deutsche Verein sieht die Erforderlichkeit von Bürokratieabbau in der Verwaltung und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe und zur Schaffung von Flexibilität bei der Versorgung von Menschen mit Behinderungen. Durch eine Reduzierung von bürokratischem Aufwand können personelle Ressourcen geschont werden, die wieder in der aktiven Teilhabearbeit eingesetzt werden können. Dabei ist auf Barrierefreiheit zu achten. Der Deutsche Verein unterstützt die Nutzung von digitalen Technologien und KI-basierter Anwendungen, um die Datenübermittlung in den Verwaltungsverfahren zu erleichtern. Neben einem digitalen Antrag für Reha- und Teilhabeleistungen, der von allen Rehabilitationsträgern genutzt wird, kann der Einsatz digitaler und KI-basierter Technologien zudem auch bei Verwaltungsaufgaben der Leistungserbringer zur Erleichterung von Arbeitsprozessen beitragen und den Arbeitsaufwand reduzieren. Einsatzmöglichkeiten der Digitalisierung und KI-basierter Technik können sich beispielsweise in den Bereichen des Berichts- und Dokumentationswesens, Abrechnung von Leistungen der Eingliederungshilfe, Informationsvermittlung, Dienst- und Einsatzplanung ergeben. **Der Deutsche Verein wiederholt zudem seine Empfehlung, Berichts- und Dokumentationspflichten auf Ihre Notwendigkeit hin zu überprüfen, zu vereinfachen bzw. zu begrenzen und Turnusse zu verlängern.**⁶⁷ Aber auch zur Unterstützung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen können digitale und KI-gestützte Assistenztechnologien sinnvoll sein. Nicht zuletzt im Hinblick auf den Arbeits- und Fachkräftemangel werden durch Assistenztechnologien angereicherte Settings künftig an Bedeutung gewinnen. Zur Vereinfachung und Entlastung kann digitale und KI-basierte Technik auch bei der Vielfalt von Meldepflichten, der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern, Leistungsträgern und anderen Behörden bei den Qualitätsprüfungen nach § 128 Abs. 1 Satz 3 SGB IX sowie bei den Prozessen der Leistungs- und Vergütungsverhandlungen beitragen.

Die Einführung digitaler Technologien ist nicht ohne zeitlichen, personellen und finanziellen Mehraufwand umzusetzen. Den Leistungserbringern und Leistungsträgern kommt die Aufgabe zu, ihre Mitarbeitenden in die Implementierung von neuen Technologien einzubeziehen und entsprechende Kompetenzen aufzubauen.

Digitale Technologien sollten zudem nach der Implementierung in ihrer Nutzung einfach anwendbar sein und dazu beitragen, Arbeitsabläufe zu vereinfachen, damit sie keinen zusätzlichen Mehraufwand verursachen und tatsächlich Entlastung bringen.

Die Kosten für die Anschaffung von Hard- und Software sowie die laufenden Kosten für die Nutzung von digitalen Technologien müssen bei der Finanzierung der Leistungen berücksichtigt werden. Im Gegenzug können Prozessvereinfachungen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern auch bei den Leistungsträgern zu Kosteneinsparungen und Bürokratierleichterungen führen. **Der Deutsche Verein empfiehlt daher eine Verankerung in den Landesrahmenverträgen, um Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten zu klären und die Finanzierung der laufenden Kosten zu ermöglichen.**

⁶⁶ <https://www.koalitionsvertrag2025.de/> (letzter Abruf: 26. Februar 2026).

⁶⁷ Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Rechtsvereinfachung und Entbürokratisierung im Sozialrecht vom 28. Mai 2025 (DV 01/25), S. 13, abrufbar unter: <https://www.deutscher-verein.de/positionen/>.