

Folie 3

Die Frage, welche Bedeutung die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (PBB) auf die Eingliederungshilfe hat, lässt sich von der umgekehrten Frage – Auswirkung der Eingliederungshilfe-Reform auf die Pflegereform nicht trennen.

ASMK fordert daher ein verknüpftes Gesamtkonzept (Beschluss PBB vom Nov 2009 Ziff.4 und Eckpunktepapier der B-L-AG für die Reformgesetzgebung EGH im SGB XII (Anl. 1 zum Beschluss der Weiterentwicklung der EGH vom Nov. 2009)

Verhältnis der PV zur Sozialhilfe und insbesondere der EH waren schon immer ein umstrittenes Thema. In beiden Reformdiskussionen ist die Notwendigkeit der Klarheit über bestimmte Grundfragen sehr deutlich zu spüren. Sie haben nicht nur de lege lata sondern auch für die Reformdiskussion eine enorme Bedeutung und geraten interessanterweise auf beiden Achsen nicht selten aus dem Blick.

Daher seien vorangestellt ein paar einfache bzw. bewusst vereinfachte aber grundsätzliche Bemerkungen zum Verhältnis Pflegeversicherung zur Sozialhilfe (nächste Folie).

Folie 4 - Die Pflegeversicherung

ist ein *Versicherungssystem*, bei dem der Anspruch auf gleiche Leistungen aus der Beitragszahlung folgt.

Es ist geprägt vom Sachleistungsprinzip und einer begrenzten Zahl von typisierter Leistungen.

Die Typisierung hat 2 Ebenen,

- einmal die Verrichtungen
- zum anderen die Leistungsformen (ambulante SL, teilstationäre SL und Stationäre SL)

Sie werden in einem System von rechtlich gebundenen Konzessionierungen erbracht und nach Art und Umfang durch Verträge gesteuert, wobei die Auswahl der Leistungsanbieter (durch den LEmpf.: *Wahlfreiheit*) im Wettbewerb erfolgt.

Das SGB XI kennt eigentlich zunächst weder eine **Infrastruktursteuerung** noch eine **individuelle Hilfeplanung** trotz

- § 8 SGB XI (gemeinsame Verantwortung): „*regional gegliederte, ortsnahe, aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung*“ und
- § 9 SGB XI (Aufgaben der Länder): verantwortlich für die *Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur*.

Da die Instrumente fehlen, wird leicht der falsche Eindruck erweckt, dass im Ergebnis eine Bereitstellungspflicht übrig bleibt.

Der Geldwert der Sachleistungen ist nach dem System Pflegestufen *pauschaliert* und begrenzt (*Teilkasko*).

Dieses Grundsystem hat übrigens eine Reihe von interessanten *Durchbrechungen*

- Die wichtigste ist von Anfang an die ebenfalls pauschalierte ambulante Geldleistung, die man als Prämie für die Nicht-Inanspruchnahme der Sachleistungen auffassen kann.

- Hinzu kommen Reformimpulse im PfLEG Und PflWG:
 - § 45a ff SGB XI: Infrastrukturförderung und Durchbrechen des Konzessionierungsprinzips bei niedrighschwelligen Angeboten, ehrenamtlichen Strukturen und Selbsthilfe
 - § 92c SGB XI mit dem Auftrag der steuernden Zusammenarbeit der Pflegekassen und Sozialhilfeträger mit den Mitteln der *Koordinierung und Vernetzung* in den Pflegestützpunkten
 - sowie § 7a SGB XII – Pflegeberatung und Versorgungsplan- , der über die Feststellungen des MDK nach § 18 SGB XII hinaus erstmals den Weg zu einer echten Einzelfallsteuerung über die individuelle Versorgungsplanung eröffnet

Das Teilkaskosystem impliziert Eigenleistungen. Trotz des Anspruchs, von Sozialhilfe unabhängig zu machen, werden sie bei Überschreiten der Leistungsgrenzen der Betroffenen – anders als im SGB V - nicht im System aufgefangen, sondern in die Sozialhilfe verwiesen

(nächste Folie)

Folie 5 - Die Sozialhilfe

Die Sozialhilfe ist ein *Fürsorgesystem*.

Sie ist ein individualisierendes System mit offenem Leistungskatalog.

Es gilt der Vorrang der Geldleistung (§ 10 Abs. 3 SGB XII), obwohl nach Auffassung des BSG Leistungen im sozialrechtlichen Dreieck ebenfalls als Sachleistungen erbracht werden.

Es gibt keine definierten betragsmäßigen Obergrenzen.

Dazu gehört systematisch das für das Verhältnis von PV und SH und alle Reformüberlegungen entscheidende Prinzip der Bedürftigkeit mit vor allem zwei entscheidenden Ausprägungen:

- Für die Hilfe muss ein objektiver individueller Bedarf bestehen, der
- ohne Sozialhilfeleistungen nicht gedeckt werden kann.

Einsatz von Einkommen und Vermögen, sowie die Nachrangigkeit ergeben sich hieraus.

(Wichtig ist, dass diese Grundlage nach dem Vorbehalt des § 7 SGB IX auch durch das SGB IX nicht geändert worden ist, auch nicht dadurch, dass der SH-Träger jetzt Reha-Träger ist.)

Auch die Sozialhilfe hat – zumindest heute -keine definierten Instrumente der Infrastruktursteuerung, es gibt dieselbe Wahlfreiheit des LE und den Wettbewerb der Anbieter.

Einschränkungen sind aber in

- Wirtschaftlichkeits- und Zumutbarkeitserwägungen
- und dem Vorrang ambulanter Leistungen bei den Individualansprüchen (§§ 9 und 13 SGB XII) und im Vertragswesen (§ 75 SGB XII) gegeben, die in der Praxis zu einer gewissen Angebotssteuerung genutzt werden.

Gleichzeitig ist damit die individuelle Hilfeplanung angesprochen, die aber nur in der Eingliederungshilfe (§ 58 SGB XII – Gesamtplan) rechtlich ausdrücklich verankert bzw. vorausgesetzt wird.

Für die **HzPfl** ergibt sich daraus fast logisch, dass sie *nachrangig*

nicht nur die von der PV nicht gedeckten Mehrkosten übernimmt, sondern auch von der PV nicht erfasste individuelle Bedarfe (geringere Bedarfe oder andere Verrichtungen nach § 61 Abs. 1 SGB XII).

Für die **EH** regelt 13 Abs. 2 Satz 3 SGB XI, dass Leistungen der EH unberührt bleiben und den Leistungen der PV nicht nachgehen.

Im Licht der geschilderten Prinzipien wird verständlich, dass dies immer eine Quelle von Interpretationsschwierigkeiten war. Die Vorschrift ändert nichts daran, dass in der SH immer der individuelle Bedarf zu prüfen ist, und der kann auch ohne förmlichen Nachrang aufgrund anderer Leistungen nicht gegeben sein.

Systematisch kann man die gesetzliche Vorschrift als den Versuch einer Festlegung verstehen, dass Pflege und EH unterschiedliche Leistungen sind, die sich nicht überschneiden. Das war aber definitorisch und lebenspraktisch immer schon schwierig und nicht stimmig und lässt sich jedenfalls unter dem vom Beirat vorgeschlagenen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht aufrecht erhalten. Damit haben wir die Brücke zu den Reformüberlegungen

(nächste Folie)

Folie 6 – Reformüberlegungen

Weichenstellung hier

Bleibt es beim Fürsorgesystem mit offenem Leistungskatalog

Oder

diskutiert man über ein Regelleistungssystem (Stichwort
Bundesteilhabegeld).

Hierfür ist auf Bundesseite keine Bereitschaft zu erkennen.

Wichtig: Praktisch-politisch-rechtlich ist ein solches System ohne Leistungsgrenzen, die die Einschränkungen des SH-Systems ersetzen würden, auch nicht vorstellbar.

(nächste Folie)

Folie 7 - Die Reform der Eingliederungshilfe

Die Reformüberlegungen der ASMK beruhen auf der Neuausrichtung der Eingliederungshilfe als Fürsorgesystem

Die Inklusion als Grundansatz

Früher schon gedanklich im **Normalitätsprinzip** vorbereitet.

- Nachteilsausgleiche zum Ausgleich der behinderungsbedingten Nachteile und
- Gleichbehandlung gleicher Lebensaspekte

Recht auf Selbstbestimmung

- Erfordert eine Neuausrichtung der EH und anderer Sozialleistungssysteme über die Gesetze hinaus sozialräumliche Gestaltung.

Neuausrichtung der EH

von der Einrichtungs- bzw. Leistungsform-zentrierten zur Personenzentrierten Hilfe

- Einführung eines ganzheitlichen, partizipativen Teilhabemanagements
- Gesamtsteuerungsverantwortung des Sozialhilfeträgers
- Ziel sind nicht Leistungskürzungen aber die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch zielgenauere Hilfen

Die ASMK strebt Kostenneutralität an. Die derzeitigen politischen Rahmenbedingungen erlauben nicht, die in der Reform für die Betroffenen liegenden Vorteile mit darüber hinausgehenden Leistungsausweitungen zu verknüpfen.

Personenzentrierte Hilfe (s. eigene Folie 8)

Partizipatives Teilhabemanagement (s. eigene Folie 9)

Inklusiver Sozialraum, d.h. Aufbau sozialräumlicher Unterstützungsstrukturen, vor allem

- Vielfalt an Wohnformen
- Fachdienste zur Erbringung der Leistungen
- Beratungsstrukturen
- Einbeziehung von Freiwilligen und Selbsthilfe / Stärkung der Zivilgesellschaft und Unterstützung des bürgerschaftlichen Engagements
- Kooperation von Leistungsträgern und Anbietern mit dem Ziel der Vernetzung zu flexiblen Hilfe-Mix-Strukturen

Es handelt sich dabei primär um eine kommunale Aufgabe, die durch Regelungen der Länder unterstützt werden muss

Priorität der Eingliederung in den allg. Arbeitsmarkt (Hier vernachlässigt, weil ohne Bezug zur Pflege)

Begleitprojekte zu noch ungeklärten Fragen

vor allem zum Teilhabemanagement und zur Abgrenzung der künftigen Fachleistungen.

- Vereinheitlichung der Bedarfsermittlung sowie Förderung von mehr Selbstbestimmung und Beteiligung im Leistungsverfahren
Entwicklung von Maßstäben für praktikable, möglichst bundesweit vergleichbare und auf Partizipation beruhende Verfahren der Bedarfsermittlung und des Teilhabemanagements
- Zuordnung von Leistungen
Trennung der Leistungen zum Lebensunterhalt einschließlich Wohnen von den Fachleistungen der Eingliederungshilfe möglich?
- Förderung des (trägerübergreifenden) Persönlichen Budgets
- Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben
Ist mehr Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt möglich?
- Abgrenzung der Eingliederungshilfe zu Leistungen der Pflegeversicherung und zur Hilfe zur Pflege.

Ausdruck der Konsenssuche und der fraglosen Schwierigkeit des Umstellungsprozesses
(nächste Folie)

Folie 8 – Der neue, personenzentrierte Ansatz

- Individuelle, bedarfsgerechte und flexible Leistungen unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes
- keine Orientierung an bestimmten Wohnformen. Die Unterscheidung ambulant, teilstationär, stationär entfällt.
- EH konzentriert sich daher auf die Finanzierung von Fachmaßnahmen.
Statt Grundpauschale, Maßnahmepauschale und Investitionsbetrag soll zukünftig eine Fachleistungsvergütung unabhängig vom Leistungsort differenziert nach Ausmaß und Qualität erfolgen.
Daneben existenzsichernde Leistungen zum Lebensunterhalt einschl. Kosten der Unterkunft, wo erforderlich.
- Die bisherigen Zumutbarkeitsregelungen sind gegenstandslos, aber es gelten weiterhin die Grundsätze der Erforderlichkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit

(nächste Folie)

Folie 9 - Partizipatives Teilhabemanagement

- Bedarfsfeststellung hinsichtlich aller Lebenslagen nach bundeseinheitlichen Kriterien
- Durchführung durch den Sozialhilfeträger
 - notwendig als Folge des offenen „unbegrenzten“ Leistungssystems
 - aber unter Beteiligung des Betroffenen und/oder von Angehörigen und rechtlichen Betreuern und
 - von Betreuenden Diensten als sachverständige Zeugen
- Wahlfreiheit hinsichtlich der Leistungsformen und nach Möglichkeit zwischen verschiedenen Angeboten
- Anstreben von Zielvereinbarungen, insbesondere von Vereinbarungen über persönliche Budgets
- Weiterentwicklung der Gesamtplanregelung zu besonderer Koordinationsverantwortung des SH Trägers (Vorleistung, Handeln als Auftraggeber)
- Wirkungskontrolle gegenüber den Leistungsberechtigten und den Vertragspartnern

(nächste Folie)

Folie 10 - Auswirkungen der Pflegereform auf die Eingliederungshilfe

Die Auswirkungen der Pflegereform auf die Eingliederungshilfe werden entscheidend von den leistungsrechtlichen Veränderungen im SGB XI bestimmt.

Der neue Begriff ist insoweit bedeutsam, als er nach Auffassung der ASMK leistungsrechtliche Veränderungen erfordert. (ASMK Beschluss PBB 2009 Ziff. 1)

- Die Eingliederungshilfe wird durch das teilhabeorientierte Pflegeverständnis weder aufgesaugt noch überlagert. EH-Bedürftigkeit bleibt begrifflich der weitere Tatbestand.
- Die begrifflichen Überschneidungen werden erheblich größer, so dass neue Abgrenzungsregelungen erforderlich werden.
- Kostenverlagerungen in die SH wären nur dann zu befürchten, wenn bei Einführung des neuen PBB die sachlogischen (s. ASMK Beschluss PBB 2009 Ziff. 3) leistungsrechtlichen Folgerungen nicht gezogen werden oder die Erweiterung des leistungsberechtigten Personenkreises mit Leistungskürzungen im SGB XI kompensiert würde.
- Die bundeseinheitliche Systematisierung der Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit werden durch das Neue Begutachtungsassessment (NBA) zu einer Herausforderung an die Eingliederungshilfe zu einer vergleichbaren Systematisierung (s. bundeseinheitliche Kriterien der Bedarfsfeststellung bei der Reform der EGH)
- Durch die umfassende Berücksichtigung der für die Selbständigkeit bzw. ihre Einschränkung maßgeblichen Elemente stellen sich die Fragen
 - der Abstimmung der verschiedenen Bedarfsermittlungssysteme aufeinander und ihrer verfahrensmäßigen Verknüpfung
 - der Weiterentwicklung des NBA zu einem für beide Systeme tauglichen Hilfeplanungsinstrument

(nächste Folie)

Folie 11 - Impulse der Eingliederungshilfereform für die Pflegereform

- Personenbezug ist eine Herausforderung auch für einen Paradigmenwechsel im SGB XI, Zumindest müsste der Leistungskatalog offener, flexibler und durchlässiger gemacht werden. Erste Schritte sind in §§ 45a ff gegangen.
- Der Wegfall der Unterscheidung von ambulant und stationär macht Leistungseinschränkungen nach SGB XI für Behinderte Menschen in Wohnstätten obsolet.
- Der inklusive Sozialraum ist auch eine Notwendigkeit für die Pflege. Impulse finden sich auch in § 92c SGB XI (Pflegestützpunkte), die weiterentwickelt werden müssen.
- Das Gesamtkonzept enthält eine einheitliche Gestaltung der Hilfestellung. Das realisiert sich zuallererst vor Ort. Die Impulse zur Zusammenarbeit in § 92c SGB XI müssen daher aufgegriffen und weiterentwickelt werden und die örtliche Koordinierung durch die Kommunen gesetzlich unterstützt werden.

(nächste Folie)