



Diskussionspapier des Deutschen Vereins zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen der Eingliederungshilfe und der (Hilfe zur) Pflege unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Reform der Eingliederungshilfe¹

I. Einleitung

Das Verhältnis zwischen der Eingliederungshilfe und der Pflege ist seit Jahren Thema von Abgrenzungsfragen. Seit der Einführung der Pflegeversicherung haben diese zugenommen.² Herkömmlich wird die generelle Abgrenzung zwischen Pflege und Eingliederungshilfe nach der Zielrichtung vorgenommen. Dabei war stets bekannt, dass diese Abgrenzungsmethode vielfältige Überschneidungen in den Einzelmaßnahmen nicht zu bewältigen vermag, weshalb zusätzlich auf den Schwerpunkt der Leistungen abgestellt wird.³ Im Gesetz kommt dieses Verständnis insbesondere durch die Regelungen des § 43 a SGB XI sowie des § 55 SGB XII zum Ausdruck. Damit sind nicht alle Schnittstellenfragen gelöst.

Auch diese Abgrenzung wird immer wieder in Frage gestellt. Hinzu kommen Veränderungen der leistungsberechtigten Personengruppen, was die bisherige Praxis auch in fachlicher Hinsicht immer stärker herausfordert. Beispielhaft dafür sind älte-

¹ Verantwortliche Referentin im Deutschen Verein: Dr. Edna Rasch. Das Diskussionspapier wurde in der Arbeitsgruppe „Eingliederungshilfe – Hilfe zur Pflege“ des Deutschen Vereins erarbeitet und nach Beratungen in den Fachausschüssen „Rehabilitation und Teilhabe“ und „Alter und Pflege“ vom Präsidium des Deutschen Vereins am 21. September 2010 verabschiedet.

² Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 26. Januar 2009, S. 60; Diskussionsbeitrag des Deutschen Vereins zu den Diskussionsentwürfen eines Sozialgesetzbuches – Neuntes Buch (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. September 2000, NDV 2000, 305, 307 f.

³ Deutscher Verein: Empfehlungen zur Abgrenzung von Arten der Sozialhilfe untereinander, 2. Aufl. 1978, S. 17 f.

re, geistig behinderte Menschen und ältere Menschen mit Demenz. In der Eingliederungshilfe bzw. der Pflegeversicherung mit ggf. ergänzender Hilfe zur Pflege erhalten diese Personen zum Teil sehr verschiedene Leistungen, deren Unterschiede allerdings immer mehr unter Rechtfertigungsdruck geraten.

Außerdem ist die Entwicklung hin zu ambulanten, individuellen Unterstützungsangeboten in der Behindertenhilfe von Bedeutung. Die im ambulanten Bereich praktizierte Kombination von Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflege unterscheidet sich von der leistungsrechtlichen Ausgestaltung von Leistungen der Pflege und Eingliederungshilfe im stationären Bereich.

Schließlich wird die Gestaltung der Schnittstelle zwischen der Eingliederungshilfe und der Pflege von grundlegenden systemischen Unterschieden zwischen der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe beeinflusst. Während die Eingliederungshilfe und die Hilfe zur Pflege bedarfsdeckend und umfassend sein müssen, unterliegen die Leistungen der Pflegeversicherung dem Sozialversicherungsprinzip und sind zudem der Höhe nach gedeckelt.⁴

Inzwischen wird die Abgrenzungsdiskussion neu im Rahmen eines neuen Verständnisses der Pflegebedürftigkeit geführt, welches neben körperlichen Beeinträchtigungen auch kognitive und psycho-soziale Faktoren berücksichtigt. Der Deutsche Verein hat bereits frühzeitig auf die besondere Bedeutung des Verhältnisses zur Eingliederungshilfe und die daraus erwachsende Herausforderung, ein übergreifendes Konzept für Pflege und Betreuung zu entwickeln, hingewiesen. Bei einem umfassenden, teilhabeorientierten Verständnis von Pflegebedürftigkeit nehmen die Abgrenzungsfragen zu den Leistungsbereichen der Eingliederungshilfe zu. Zugleich hat der Deutsche Verein offene Fragen der Abgrenzung benannt.⁵ Daran ist anzusetzen, um die auch vom Deutschen Verein begrüßte Umsetzung des

⁴ Zum sich ggf. verändernden Verhältnis zwischen der Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege bei Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der ggf. notwendigen Diskussion um eine Untergrenze der Hilfe zur Pflege s. Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 26. Januar 2009. Darauf kann hier wegen der Konzentration auf die Schnittstelle zwischen der Eingliederungshilfe und der Pflege nicht weiter eingegangen werden.

⁵ Diskussionspapier des Deutschen Vereins zur Abgrenzung der Begriffe und Leistungen in einem neuen Verständnis der Pflegebedürftigkeit, NDV 2008, 435 ff.

pflegewissenschaftlich fundierten neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit im Kontext der angrenzenden Leistungssysteme insbesondere der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII voranzutreiben.

Da einerseits die gesetzgeberische Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch aussteht und andererseits an einer Reform der Eingliederungshilfe gearbeitet wird, müssen Überlegungen zur Gestaltung der Schnittstelle zum jetzigen Zeitpunkt verschiedene, (hypothetische) (Entwicklungs-) **Szenarien** zugrunde legen. Es ist wichtig, die Frage nach der Gestaltung der Schnittstelle bereits jetzt mit zu bedenken und Lösungsmöglichkeiten zu entwerfen, da sie keine bloße Konsequenz der Weiterentwicklung der Leistungen darstellt, sondern eine mit der Gestaltung der Leistungen untrennbar verbundene Grundfrage.

Das vorliegende Diskussionspapier beschränkt sich auf die **breite und möglichst nüchterne Darlegung** der diskutierten Optionen zur Lösung der Schnittstellenfrage. Durch die folgende, **breite Auffächerung möglicher Alternativen** zur Gestaltung der Schnittstelle möchte der Deutsche Verein die gesetzgeberische Arbeit zur Weiterentwicklung der Leistungen befördern. Um langfristig eine bedarfsgerechte Unterstützung pflegebedürftiger und behinderter Menschen auf hohem Niveau zu gewährleisten, muss Ziel jeder Veränderung sein, die bestehenden Strukturen bedarfsgerecht so weit wie möglich zu vereinfachen und damit eine möglichst unkomplizierte und transparente Anwendung und Umsetzung in der Praxis zu gewährleisten.

II . Szenario 1

Das Szenario 1 geht vom derzeitigen Stand im Bereich der Eingliederungshilfe wie der Pflege aus und berücksichtigt weder die Reformansätze in der Eingliederungshilfe noch mögliche Konzepte zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Bereits bei Zugrundelegung der aktuellen Situation besteht Veränderungsdruck mit Blick auf die Schnittstelle, wie einleitend beschrieben. Der Deutsche Verein sieht hier dringenden Handlungsbedarf – auch ohne eine Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Der Reformdruck aus der Eingliederungshilfe ist nicht zuletzt auch aufgrund der sich abzeichnenden Entwicklungstendenzen so groß, dass jedenfalls eine baldige gesetzgeberische Klärung der Schnittstelle dringend erforderlich ist.

In Betracht kommen sowohl kurzfristig realisierbare als auch längerfristig angelegte Gestaltungsmöglichkeiten:

1. Trägerübergreifendes Persönliches Budget

Ein Instrument zur bedarfsgerechten Kombination der Leistungen der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe kann das trägerübergreifende Persönliche Budget sein. Bislang gibt es kaum **trägerübergreifende** Persönliche Budgets unter Beteiligung der Pflegeversicherung. Dies hat neben der Beschränkung, dass die Pflegesachleistungen gemäß § 35 a SGB XI nur in Form von Gutscheinen einbezogen werden können, möglicherweise auch noch weitere Gründe (z.B. unzureichendes Zusammenwirken relevanter Beratungsstellen, insbesondere der Gemeinsamen Servicestellen und der Pflegestützpunkte). Der Deutsche Verein fordert bereits seit längerem die Möglichkeit zur Einbeziehung der Pflegesachleistung als Geldleistung in ein Persönliches Budget.⁶ Die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Leistung in Form des Persönlichen Budgets könnte zunächst auf **trägerübergreifende** Budgets und damit auf Personen, die Leistungen zur Teilhabe nach § 17 Abs. 2 SGB IX von mehreren Leistungsträgern erhalten, beschränkt sein. In der Regel wird dies die Personen betreffen, die Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII erhalten und zusätzlich Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben. Die mit einer solchen Regelung einhergehende Flexibilisierung des Sachleistungsprinzips in der Pflege würde also nur eine begrenzte Personengruppe innerhalb der Bezieher/innen von Leistungen der Pflegeversicherung betreffen. Diese besondere

⁶ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 5. Dezember 2007, NDV 2008, 1 ff.

Beschränkung auf trägerübergreifende Budgets wäre im Übrigen, wollte man darin überhaupt eine Ungleichbehandlung sehen, zur Überwindung der sich aus der gegliederten Zuständigkeit ergebenden Schwierigkeiten der auf mehrere Leistungen angewiesenen Personen jedenfalls hinreichend sachlich gerechtfertigt. Schließlich geht es nicht um eine Leistungsprivilegierung, sondern nur um eine besondere Form der Leistung und damit nicht um eine grundrechtlich relevante Differenzierung. Die damit einhergehende Flexibilisierung des Einsatzes der Leistungen für einen begrenzten Personenkreis ist in Anbetracht der besonders komplexen Bedarfslage von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen zu begründen. Die Auswirkungen und Kostenfolgen einer solchen neuen Regelung müssten nach einer gewissen Zeit evaluiert werden. Für die Möglichkeit des echten trägerübergreifenden Budgets spricht, dass damit individuelle Bedarfskonstellationen genauer erfasst werden könnten. Außerdem könnte dies insgesamt das Instrument des trägerübergreifenden Budgets befördern.

Die Ausrichtung auf individuelle Bedarfskonstellationen steht allerdings zu den pauschalen Leistungssummen der Pflegeversicherung in einem gewissen Spannungsverhältnis. Dem könnte durch Möglichkeiten der Flexibilisierung begegnet werden.

Gegen diese Möglichkeit der Ausweitung trägerübergreifender Persönlicher Budgets spricht, dass das Persönliche Budget über die Lösung im individuellen Fall hinaus als bloße Leistungsform allerdings keine Klärung der generellen leistungsrechtlichen Abgrenzungsfragen bietet.

2. Erweiterung des Begriffs der Häuslichkeit

Der Begriff der Häuslichkeit, der der Pflegeversicherung zugrunde liegt (vgl. § 36 SGB XI), ist enger als die Anspruchsvoraussetzungen nach § 37 SGB V.⁷ Danach ist die häusliche Krankenpflege nicht nur im eigenen Haushalt oder in der Familie,

⁷ Zur Einbeziehung von Personen, die in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, siehe bereits die Erklärung des Deutschen Vereins zur Finanzierung behandlungspflegerischer Leistungen nach § 37 SGB V für Menschen mit Behinderungen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe vom 13. Juni 2001, NDV 2001, 233 f.

sondern auch sonst an geeigneten Orten, insbesondere betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten zu erbringen. Nach neuerer Rechtsprechung zählen grundsätzlich auch Einrichtungen der Behindertenhilfe dazu.⁸ Hingegen sind nach § 36 Abs. 1 Satz 2 SGB XI Leistungen der häuslichen Pflege zwar auch außerhalb des eigenen Haushalts möglich, jedoch ausdrücklich ausgeschlossen in stationären Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 4 SGB XI, wozu u.a. Behinderteneinrichtungen gehören.

Eine Erweiterung des Begriffs der Häuslichkeit nach § 36 SGB XI in der Weise, dass Einrichtungen der Behindertenhilfe von dem Ausschluss ausgenommen und damit gleichermaßen als Häuslichkeit anerkannt werden, könnte dazu führen, dass die auch vom Deutschen Verein schon seit längerem bemängelte Regelung des § 43 a SGB XI⁹, die das Ergebnis eines politischen Kompromisses ist, an Bedeutung verliert.

Dafür spricht, dass dies nur mit geringen gesetzlichen Änderungen kurzfristig möglich wäre und zu einer Angleichung der Voraussetzungen bzw. Begrifflichkeiten und damit zu einer Vereinfachung führen würde.

Dagegen spricht, dass dies nur eine punktuelle Korrektur wäre, insbesondere zugunsten von Menschen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben. Indes könnte eine solche Regelung im Einzelfall möglicherweise auch Einschränkungen im Verhältnis zur derzeitigen Rechtslage zur Folge haben. Denkbar wäre dies insbesondere hinsichtlich der jetzt bestehenden Möglichkeiten, zusätzlich zu Leistungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 71 Abs. 4 SGB XI für die außerhalb dieser Einrichtungen verbrachten Zeiten Sachleistungen bzw. Pflegegeld nach dem SGB XI zu erhalten. Sofern der Leistungsort nach § 36 SGB XI erweitert werden würde, wären auch die Leistungen an die Einrichtung hinsichtlich der Gesamthöhe des nach dem SGB XI zu erlangenden Betrages zu berücksichtigen.

⁸ LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 24. Februar 2010, L 9 KR 23/10 B ER; LSG Hamburg, Beschluss vom 12. November 2009, L 1 B 202/09 ER KR. Anders noch LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 23. April 2009, L 8 SO 1/07.

⁹ Stellungnahme des Deutschen Vereins vom 5. Dezember 2007 zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz).

3. Mögliche Kriterien einer leistungrechtlichen Unterscheidung

Über die beiden vorgenannten, auf bestimmte Personengruppen abzielenden Möglichkeiten hinaus kommt auch in Betracht, die Leistungen der Pflege und der Eingliederungshilfe stärker und durchgängiger voneinander zu unterscheiden, als dies nach bisherigem Recht der Fall ist. Ziel müsste es dabei sein, zum Nutzen der betroffenen Menschen eine für die Praxis möglichst klare und einfach anzuwendende Zuordnungsmethode zu finden, die angesichts der begrenzten Ressourcen eine zielgenaue, bedarfsgerechte Leistungsgewährung ermöglicht. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass eine detaillierte leistungrechtliche Trennung dazu führen kann, dass keins der Leistungssysteme, insbesondere nicht die Eingliederungshilfe, mehr eine umfassende Leistungserbringung gewährleisten könnte. Es bedürfte dann möglicherweise größerer Anstrengungen, um die Leistungen bedarfsgerecht aufeinander abzustimmen, zu koordinieren und wie aus einer Hand zu erbringen.

a) *Begrifflichkeiten der Pflegebedürftigkeit und der Behinderung bzw. der Voraussetzungen von Eingliederungshilfe*

§ 14 SGB XI definiert den leistungrechtlich im Rahmen des SGB XI relevanten Begriff der Pflegebedürftigkeit und § 53 SGB XII den Begriff der im Rahmen der Eingliederungshilfe leistungrechtlich relevanten wesentlichen Behinderung. Daneben gibt es möglicherweise auch noch ein fachwissenschaftliches und ein allgemein-sprachliches, ggf. variierendes Begriffsverständnis. Dass diese Begriffsverständnisse sämtlich einem dynamischen Entwicklungsprozess unterliegen, hat der Deutsche Verein bereits ausführlich dargelegt.¹⁰ Deutlich gemacht worden ist dabei außerdem, dass die Begrifflichkeiten viele Überschneidungsbereiche hinsichtlich einzelner Maßnahmen aufweisen (z.B. die Unterstützung bei der Mobilität, bei der Nahrungsaufnahme etc.) und deshalb als Grundlage einer leistungrechtlichen Abgrenzung nicht ausreichen. Schließlich hat der Gesetzgeber das Leistungsrecht an diese Begrifflichkeiten angelehnt, macht aber leistungrechtliche Unterschiede auch dort, wo Überschneidungen und Ähnlichkeiten bestehen. Dies führt zu dem zu beobachtenden Akzeptanzverlust dieser Abgrenzung. Für die leistungrechtliche Ge-

¹⁰ Siehe Fußn. 5.

staltung kommt es somit darauf an, Kriterien herauszufiltern, die eine bestimmte Leistungszuordnung rechtfertigen und für die Praxis der Gesetzesanwendung handhabbar sind.

b) Unterscheidung nach dem Ziel der Leistung

Die Abgrenzung von Leistungsarten nach dem Schwerpunkt bzw. den Zielen der Hilfen beruht auf einer sozialleistungsrechtlichen Aufgabenbeschreibung.

In der Diskussion um die Eingliederungshilfe wurde Pflege in der Vergangenheit häufig als ein Geschehen mit eher erhaltendem, bewahrendem Charakter betrachtet und die Eingliederungshilfe als ein eher dynamischer auf Entwicklung und Veränderung ausgerichteter Prozess. Aufgrund der gewandelten gesellschaftlichen Anschauungen und wissenschaftlichen Erkenntnisse wird eine Abgrenzung in dieser Weise auch seitens der Eingliederungshilfe als nicht mehr zeitgemäß angesehen. Vielmehr besteht mittlerweile Konsens in beiden Fachrichtungen, dass die Pflege ebenfalls auf Aktivierung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtet ist. Dennoch werden ihre Aufgaben und Zielsetzungen keinesfalls als identisch mit der Eingliederungshilfe angesehen. Es bedürfte gesetzgeberischer Schritte, die Aufgaben und Ziele der Pflege im Verhältnis zu denen der Eingliederungshilfe jeweils genauer zu bestimmen. Hierzu könnte an den bestehenden gesetzlichen Vorgaben angesetzt werden. Die verstärkte Berücksichtigung der Teilhabeorientierung der Pflege könnte dabei in der Weise ausgefüllt werden, dass die Pflege selbst zwar keine Teilhabeleistung im engeren Sinne darstellt, jedoch stets darauf ausgerichtet ist, den pflegebedürftigen Menschen zur Teilhabe zu befähigen und damit in vielen Fällen die Voraussetzung für Teilhabe und die Inanspruchnahme von Teilhabeleistungen darstellt.

Bei der Zuordnung von Leistungen entsprechend der Zielsetzung wäre allerdings darauf zu achten, dass dies nicht zu einer Zuordnung einer jeden Einzelmaßnahme führte und damit in der Praxis zu einer nicht zu bewältigenden Komplexität. Dazu könnte etwa der inhaltliche bzw. zeitliche Zusammenhang zu bestimmten Lebensbereichen ergänzend gewissermaßen als Klammer herangezogen werden.

c) *Differenzierung nach typischen Bedarfsgruppen*

Als weitere (ergänzende) Möglichkeit kommt in Betracht, pflegebedürftige und behinderte Menschen entsprechend ihrem Bedarf und ihrer Lebenssituation der Pflege und/oder der Eingliederungshilfe zuzuordnen.

Denkbar wäre eine Differenzierung der Leistungsverantwortung etwa nach typischen Bedarfsgruppen.

Bedarfsgruppen existieren bereits nach derzeitigem Recht, etwa die Gruppen von Leistungsberechtigten mit vergleichbarem Bedarf nach § 76 Abs. 2 Satz 3 SGB XII bzw. entsprechend der Einteilung in Pflegestufen gemäß dem SGB XI. So etwas müsste insbesondere in der Eingliederungshilfe dann auch für den ambulanten Bereich möglichst flächendeckend und unter Berücksichtigung der Leistungen der Pflegeversicherung bzw. der Hilfe zur Pflege entwickelt werden. Aufgrund der im ambulanten Bereich besonders stark individualisierten Leistungen würde dies eine umfassende, empirische Analyse der existierenden Bedarfslagen voraussetzen.

Schließlich wären dabei im Rahmen der Eingliederungshilfe stets die Anforderungen des Bedarfsdeckungsgrundsatzes zu beachten, sodass eine Einteilung nach Bedarfsgruppen zwar für die grundsätzliche Zuordnung der Leistungsverantwortung bedeutsam wäre, jedoch die Leistung im Einzelfall jedenfalls für die Eingliederungshilfe nicht abschließend beschreiben könnte bzw. begründete Abweichungen möglich sein müssen.

Für eine solche Lösung spricht, dass sie eine Weiterentwicklung innerhalb des bestehenden Systems bedeuten und auf bekannten Strukturen aufsetzen würde.

Dagegen spricht, dass eine solche Zuordnung nach Bedarfsgruppen, zum Individualisierungsprinzip der Eingliederungshilfe in einem gewissen Spannungsverhältnis stehen kann, ebenso wie zu dem Ziel einer flexiblen, bedarfsgerechten Kombinierbarkeit der Leistungen.

d) Differenzierung nach Lebensbereichen

Eine weitere Zuordnungsmöglichkeit könnte anhand von Lebensbereichen, wie etwa Wohnen, Arbeit, Schule, Freizeit etc., erfolgen. Entsprechend der Inklusionsforderung der UN-Behindertenrechtskonvention müssten im Übrigen zunächst alle vorrangigen allgemeinen Leistungssysteme behinderungsbedingte Bedarfe wesentlich stärker als bisher berücksichtigen. Soweit darüber hinaus dennoch besondere Bedarfe behinderter bzw. pflegebedürftiger Menschen verbleiben, könnten diese den Lebensbereichen entsprechend zugeordnet und leistungsrechtlich zwischen der Pflege und der Eingliederungshilfe aufgeteilt werden (z.B. Arbeit und Schule – Freizeit und Wohnen etc.).

Vorstellbar wäre z.B. auch eine Unterscheidung nach dem häuslichen und dem außerhäuslichen Leistungs- bzw. Lebensbereich. Denkbar wäre eine ausschließliche Zuständigkeit der Pflegeversicherung bzw. ergänzender Hilfe zur Pflege für den häuslichen Bereich, während Leistungen der Eingliederungshilfe sich nur auf den außerhäuslichen Bereich beziehen würden. Das würde bedeuten, dass der Bereich der Unterstützung innerhalb der eigenen Häuslichkeit und damit auch alle Unterstützungsleistungen für das Wohnen auch bei Menschen mit Behinderung konsequent der Pflege zuzuordnen wäre, während sämtliche außerhäuslich notwendige Unterstützung auch bei bislang nur oder auch als pflegebedürftig geltenden Menschen über die Eingliederungshilfe zu leisten wäre. Leistungsrechtlich müssten dazu die Bereiche des häuslichen/privaten und des außerhäuslichen/gesellschaftlichen einander ergänzend und unter Berücksichtigung der bestehenden Gesetzesbegriffe (s. o. II. 2) definiert werden.

Für diese Lösung spricht, dass sie eine vergleichsweise klare Zuordnung der Verantwortungsbereiche ohne Differenzierung hinsichtlich bestimmter Personengruppen und in enger Anlehnung an die bestehenden Begriffsverständnisse von „Pflege“ und „Teilhabe“ (am Leben in der Gemeinschaft) schaffen kann und damit gleiche Leistungen bei entsprechendem Bedarf und zugleich deren bedarfsgerechte Kombination ermöglicht.

Dagegen spricht, dass dies die Einheitlichkeit des Leistungsgeschehens stören könnte. Die außerhäusliche Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft z.B. beruht ganz wesentlich auf den Weichenstellungen des selbstbestimmten Lebens im häuslichen Bereich. Hier müssten möglicherweise besser geeignete Zuordnungen gefunden werden. Außerdem wären Leistungsverchiebungen in gewissem Umfang zu erwarten und im Einzelfall möglicherweise auch Leistungseinschränkungen.

e) Einführung von Altersgrenzen

Weiter kommt eine formale, leistungsrechtliche Abgrenzung anhand von Altersgrenzen in Betracht, wie dies etwa in Schweden praktiziert wird. Dieses Modell könnte beispielsweise so aussehen, dass alle Leistungen für pflegebedürftige und/oder behinderte Menschen bis zum Renteneintrittsalter (67 Jahre) von der Eingliederungshilfe getragen würden und ab 67 von der Pflegeversicherung bzw. ggf. ergänzender Hilfe zur Pflege. Vor einer solchen Umstellung wären grundlegende Fragen hinsichtlich des Leistungsumfangs zu klären. So kennt die Eingliederungshilfe beispielsweise keine Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson. Derartige Leistungen würden bei der Pflege von unter 67-jährigen Personen dann möglicherweise entfallen, sofern dafür kein Ausgleich geschaffen würde. Insgesamt wäre darauf zu achten, dass das Überschreiten der Altersgrenze zu keinem abrupten Abbruch notwendiger Leistungen führt, sondern bedarfsgerecht und fließend erfolgen könnte, was eine Abstimmung der beiden Leistungssysteme sowie der Verfahren zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung erfordern würde. Altersgrenzen spielen in der Praxis der Leistungsbewilligung, Leistungserbringung und Zuständigkeitsaufteilung insbesondere im Rahmen der Eingliederungshilfe auch auf Basis der derzeitigen Rechtsgrundlage jetzt schon eine gewisse Rolle. Sie ermöglichen eine sehr klare und dadurch streitfreie Grenzziehung. Die Unterscheidung zwischen Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe wäre dann sinnvollerweise nach der gleichen Altersgrenze vorzunehmen.

4. Anrechnung von Leistungen nach dem SGB XI

Im Verhältnis von Leistungen der Pflegeversicherung und solchen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ist der sozialhilferechtliche Nachranggrundsatz aufgehoben (§ 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI). Für eine Anrechnung der Leistungen nach dem SGB XI im Rahmen der Eingliederungshilfe bedürfte es folglich einer entsprechenden Anpassung des § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI sowie eines umfassenden Bedarfsermittlungs- und Hilfeplanverfahrens, welches auf der Grundlage der Begutachtung nach dem SGB XI aufzubauen wäre und an dieses bruchlos anschließen müsste. Zu klären wäre dann auch, ob eine weitere Unterscheidung im Rahmen der Sozialhilfe zwischen Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege aufrechterhalten werden soll und wie diese zu gestalten wäre. Grundsätzlich zu klären wäre auch, welche Konsequenzen diese Variante für die Zuständigkeiten im stationären Bereich entfalten würde. Eine Veränderung kann sich je nach Ausgestaltung hinsichtlich der sachlichen Zuständigkeit ergeben, die in der Folge auch zu Veränderungen in der Organisation und Finanzierung der Einrichtungen und Dienste führen kann.

Für diese Lösung spricht, dass sie dem grundsätzlichen systematischen Verhältnis zwischen Sozialversicherung und Sozialhilfe folgt.

Gegen diese Lösung spricht, dass auch bei einer Anrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung auf die Leistungen der Eingliederungshilfe die Frage nach der Beschreibung und ggf. Anrechenbarkeit nach dem Inhalt und Umfang der jeweiligen Leistungen gestellt werden muss (einschließlich der Frage nach einer möglichen Zusammenlegung der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe) und die Entscheidung für ein Anrechnungsmodell an sich die Schnittstellenproblematik noch nicht löst. Zu klären wäre außerdem die Frage nach dem verantwortlichen Steuerungssystem.

5. Zusammenführung von Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe

Schließlich kommt auf längere Sicht auch eine Zusammenführung der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe in einer Teilhabeleistung in Betracht. Die Pflegeversicherung wurde geschaffen, um das Abgleiten großer Bevölkerungsteile in die Sozialhilfe aufgrund von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, wobei sie nur ein Teilleistungssystem darstellt. Bei einer Zusammenführung würde es daher darauf ankommen, die Errungenschaften beider Systeme zum größtmöglichen Nutzen für die unterstützungsbedürftigen Menschen miteinander zu verbinden. Aus der Pflegeversicherung ist insbesondere der Bereich der Normierung der Qualitätssicherung zu nennen, der sich grundsätzlich unter vielen Aspekten bewährt hat. Seitens der Eingliederungshilfe wären insbesondere die Entwicklungen zu einer stärkeren Selbstbestimmung, Personenzentrierung und Leistungsformenflexibilität mit zu beachten. Die Gestaltung müsste im Einzelnen außerdem wie bislang auch den verfassungsrechtlichen Anforderungen im Hinblick auf die sozialversicherungsrechtliche Komponente hinsichtlich der Absicherung des Teilhaberrisikos durch eine Pflichtversicherung genügen.

Zu klären wäre dabei etwa die Frage der Steuerungsverantwortung für das einheitlich und integriert aufzubauende Verfahren der Bedarfsermittlung und Hilfeplanung.

Die Leistungen der Teilhabeversicherungen würden bei Vorliegen der versicherungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen vorrangig eingesetzt, um den Teilhabebedarf zu decken. Hier könnten nach Bedarfsgraden gestufte zweckgebundene Pauschalbeträge als Teilhabeleistung gewährt werden.

Sollte der Bedarf durch die Teilhabeversicherungsleistung nicht gedeckt werden können, könnte auf der Basis der ergänzten Bedarfsfeststellung weitergehende Hilfe individuell gewährt werden. Beide Leistungen könnten in ein persönliches Budget einfließen. Eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Angebotsstruktur könnte z.B. durch das Vereinbarungsrecht mit seinen Grundsätzen wie Anbietervielfalt, Wettbewerb, Vereinbarungsprinzip, Leistungsgerechtigkeit und Prospektivität abgesichert werden. Sozialleistungen sollten auch künftig für die Leistungserbringung

durch Dritte nur gewährt werden, sofern eine Vereinbarung über die Leistung bzw. Qualität der Leistung und deren Vergütung besteht. Auch beim Einsatz der Mittel im Rahmen eines persönlichen Budgets sollte für den Nutzer erkennbar werden, ob der Leistungserbringer durch Vereinbarungen gebunden ist.

Dieses Modell würde eine sehr grundlegende strukturelle Veränderung darstellen und ist von daher mit vielen noch offenen bzw. noch zu klärenden Fragen behaftet. Auf der anderen Seite werden mit diesem Modell auch sehr langfristig angelegte Ziele und Erwartungen verbunden wie etwa die Vereinfachung der gesamten Strukturen, um letztlich zugunsten der leistungsberechtigten Menschen das Leistungsniveau im Hinblick auf die demografischen Veränderungen zu sichern. Allerdings müssten die mit einer Zusammenführung verbundenen notwendigen Voraussetzungen z.B. der erforderlichen Organisation und des Personals sowie mögliche Veränderungen zuvor eingehend analysiert und kalkuliert werden und der Umstrukturierungsprozess unter Berücksichtigung der bestehenden Strukturen entsprechend langfristig angelegt und begleitet werden.

III . Szenario 2 (Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs)

In Ergänzung des vorangehenden Szenario 1 wird für das Szenario 2 von der leistungsrechtlichen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gemäß den Empfehlungen des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ausgegangen. Vor allem die leistungsrechtliche Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist noch ungeklärt.

Im Grundsatz hat sich der Beirat für einen differenzierten, an Lebenslagen orientierten und auf den Grad der Selbstständigkeit abstellenden Pflegebedürftigkeitsbegriff ausgesprochen.¹¹ Gegenüber dem auf die alltäglichen Verrichtungen bezogenen Begriff der Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 SGB XI und dem entsprechenden Begutachtungsverfahren (§ 18 SGB XI) zielt das neue Begutachtungsassessment (NBA) auf eine umfassende Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit. Einbezogen

sind neben körperlichen Beeinträchtigungen auch kognitive/psychische Einbußen und Verhaltensauffälligkeiten, die einen spezifischen Unterstützungsbedarf nach sich ziehen. Im Unterschied zum bestehenden Begutachtungsverfahren ist der Maßstab zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nicht der zeitliche Pflegeaufwand, sondern der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen. Damit verbunden ist eine Abkehr vom verrichtungsbezogenen Pflegebegriff hin zu einer stärkeren Berücksichtigung von Teilhabeorientierung in der Pflegeversicherung.

Die Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft von Menschen mit Behinderungen ist jedoch wesentliche Aufgabe und Ziel der Eingliederungshilfe. Weitergehend als bisher könnte es daher zu einer stärkeren Annäherung der Begriffsverständnisse und möglicherweise dadurch auch der leistungsrechtlichen Überschneidungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe kommen. So ist zu erwarten, dass bei einer Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs unter anderem insbesondere Menschen mit geistiger Behinderung in größerer Zahl als bislang die Leistungsvoraussetzungen der Pflegeversicherung erfüllen werden und vielfach auch höheren Bedarfsgraden zuzuordnen sein werden, als dies bislang der Fall ist.¹² Insbesondere beachtsam sind dabei folgende Module des NBA:

Modul 2 (Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Gedächtnis, Wahrnehmung, Denken, Urteilen, Kommunikation [geistige und verbale „Aktivitäten“]),

Modul 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: Verhaltensweisen, die mit einer Selbstgefährdung oder mit der Gefährdung anderer verbunden sein oder andere Probleme mit sich bringen können, sowie psychische Probleme wie Ängstlichkeit, Panikattacken oder Wahnvorstellungen [Selbstständigkeit im Umgang mit inneren Handlungsimpulsen und Emotionen]),

¹¹ Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 26. Januar 2009, S. 71 f.

¹² Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 26. Januar 2009, S. 51. Siehe zur Einschätzung der Auswirkungen auf die Eingliederungshilfe die Ergebnisse des Ergänzungsprojekts von Rothgang, basierend auf einer Stichprobe von 242 Teilnehmenden aus stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Allerdings wurden diese Berechnungen auf der Basis der alten Schwellenwerte durchgeführt. Nach der Umsetzungsempfehlung des Beirats ist der Eingangsschwellenwert heraufgesetzt worden.

Modul 6 (Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte: Einteilung von Zeit, Einhaltung eines Rhythmus von Wachen und Schlafen, sinnvolles [bedürfnisgerechtes] Ausfüllen von verfügbarer Zeit und Pflege sozialer Beziehungen),

Modul 7 (Außerhäusliche Aktivitäten: Teilnahme an sozialen und im weitesten Sinne kulturellen Aktivitäten [einschließlich außerhäusliche Mobilität]) und

Modul 8 (Haushaltsführung: hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Regelung der für die alltägliche Lebensführung notwendigen geschäftlichen Belange [Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit Behörden, Geldangelegenheiten]).

Modul 7 und 8 sind allerdings nach der Konzeption des NBA im Gegensatz zu den Modulen 1–6 nicht erforderlich, um den Grad der Pflegebedürftigkeit festzustellen. Die Erhebung wird jedoch im Interesse einer umfassenden Einschätzung der individuellen Bedarfslagen für sinnvoll erachtet.¹³

Trotz der verstärkten Berücksichtigung von Teilhabeaspekten nach dem NBA geht der Beirat davon aus, dass die Aufgabenstellung und das Ziel der Teilhabeleistungen für Menschen mit Behinderungen, wie dies grundlegend etwa in § 10 SGB I und § 4 SGB IX zum Ausdruck kommt, weitergehend sind – auch unter dem Blickwinkel eines neuen erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs – und die Zielsetzung der Pflegeversicherung (§ 2 Abs. 1 SGB XI) überlagern.¹⁴

Der vom Beirat gewählte Begriff des „Überlagerns“ ist außerordentlich unpräzise. Auf keinen Fall bietet er eine Hilfe bei der Frage, wie das Verhältnis zwischen Pflege einerseits und Eingliederungshilfe andererseits zu gestalten ist. Die Vokabel vom „Überlagern“ zeigt alle Züge einer kompromissweisen Formulierung.

In seinem Umsetzungsbericht¹⁵ hat der Beirat außerdem empfohlen, die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit der Diskussion um neue Strukturen der

¹³ Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 26.01.2009, S. 38.

¹⁴ Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 26.01.2009, S. 61.

¹⁵ Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 20. Mai 2009.

Leistungserbringung zu verbinden, und er hat auf die Erforderlichkeit einer veränderten Infrastruktur hingewiesen. Als fünf Ziele hat er benannt:

1. Die stärkere Förderung der ambulanten Versorgung und wohnortnahen Leistungen.
2. Die Sicherung der Vernetzung von ambulanten und stationären Leistungen und die Überwindung der starren Grenzen zwischen diesen Bereichen.
3. Die Stärkung der Infrastruktur aus Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (z.B. durch den Ausbau der Pflegeberatung).
4. Die verstärkte sozialräumliche Orientierung und ein besseres Zusammenwirken der Sozialleistungssysteme und
5. eine stärkere Personenorientierung.

Was dies im Einzelnen bedeuten könnte, hat der Beirat noch nicht näher ausgeführt. Der Deutsche Verein erachtet eine breite gesellschaftliche Diskussion zur weiteren Klärung der zentralen, aufgeworfenen Fragen und Konkretisierung der Vorschläge für wichtig. Durch die folgende nähere Beschreibung des Szenario 2 leistet der Deutsche Verein zugleich einen Beitrag dazu.

1. Flexibilisierung der Leistungen

Entsprechend den vom Beirat formulierten Zielen besteht in der Abkehr vom institutionsbezogenen Grundansatz hin zu einer stärkeren Orientierung an den unterstützungsbedürftigen Menschen ein übergeordneter Auftrag. Die vom Beirat vorgeschlagene flexible Ausrichtung auf die Lebens- und Bedarfslagen pflegebedürftiger Menschen bietet die Gelegenheit, das Leistungssystem insbesondere im ambulanten Bereich noch stärker auf die vorhandenen sowie perspektivisch sich entwickelnden Bedarfe der Menschen hin und unter Berücksichtigung der zahlreichen, bereits im SGB XI vorhandenen Instrumente weiter zu entwickeln.

Wichtig ist es nach Ansicht des Deutschen Vereins, die Teilhabe pflegebedürftiger und behinderter Menschen unabhängig von der jeweiligen Leistungs- bzw. Wohn-

form zu gewährleisten und Selbstbestimmung und Autonomie zu stärken. Hierzu sind systemische Fehlanreize zu vermeiden. Bei der leistungsrechtlichen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird das Ziel der Flexibilisierung der Leistungen zu berücksichtigen sein, auch um ein besseres Ineinandergreifen und eine bessere Koordination mit den Leistungen der Eingliederungshilfe zu ermöglichen.

2. Besonderheiten im Vergleich zum Szenario 1

Die im Szenario 1 dargelegten Lösungsmöglichkeiten kommen sämtlich auch innerhalb des Szenario 2 in Betracht, wobei die Einführung eines neuen, erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs wie beschrieben in besonderem Maße die Notwendigkeit zur Klärung der Schnittstelle zur Eingliederungshilfe unterstreicht.

Bei Einführung des NBA stellt sich darüber hinaus die Frage nach einer **Abgrenzung der Leistungen anhand der vorgestellten Module**. So kommt etwa in Betracht, die Module 1 bis 6 für die Pflege zugrunde zu legen und die Module 7 bis 8 (außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung) zur Beschreibung der Leistungen der Eingliederungshilfe im relevanten Schnittstellenbereich.

a) Abgrenzung in Anlehnung an die Module des NBA – kleine Variante

Eine Abgrenzung anhand der Module ist zunächst in der Variante denkbar, die Abgrenzung entsprechend der Module (1 bis 6 Pflege; 7 und 8 Eingliederungshilfe) innerhalb der bestehenden Zuordnungsregelungen, also insbesondere des § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur Auslegung zu nutzen, ohne weitere gesetzliche Änderungen hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Pflege und Eingliederungshilfe (Beibehaltung des § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI).

Bei Übertragung dieser Abgrenzung auf die Unterscheidung der Leistungen der Pflege von denen der Eingliederungshilfe stellt sich allerdings die Frage, ob das Modul der Haushaltsführung tatsächlich insgesamt der Eingliederungshilfe zuzuordnen wäre oder ob dies nicht alternativ etwa als besonders niedrigschwelliger

Leistungsbereich der Sozialhilfe, beispielsweise im Sinne einer Erweiterung der Hilfen nach § 70 SGB XII, zuzuordnen wäre.

Für diese Lösung spricht, dass sie weder zu besonderen Leistungsverchiebungen führen würde noch erhebliche Systemumbrüche mit sich brächte und ihre Wirkungen somit relativ vorhersehbar sind. Auch ist die Zuordnung anhand der Module des NBA relativ gut möglich, da sie in ihrem Umfang bereits im Detail beschrieben sind.

Dagegen spricht, dass die Module des NBA zur Bestimmung des Grades der Pflegebedürftigkeit konzipiert sind. Eine Zuordnung bestimmter Leistungen ist damit bislang nicht verknüpft.

Zu bedenken ist bei dieser Variante im Übrigen, dass die Ausrichtung an den Modulen im Rahmen der Auslegung des § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI in praktikabler Weise nur vorstellbar ist, sofern diese Abgrenzung mit der Ausgestaltung des Leistungsrechts zumindest wesentlich übereinstimmt. Dies käme der im Folgenden beschriebenen großen Variante insofern recht nahe.

b) Abgrenzung in Anlehnung an die Module des NBA – große Variante

Als zweite Variante könnte mit einer Abgrenzung in Anlehnung an die Module zugleich eine grundlegende gesetzliche Umstellung des Verhältnisses zwischen der Eingliederungshilfe und der Pflege verbunden werden, indem die Abgrenzung ausschließlich und durchgängig anhand der Module erfolgte und die bisherigen, das Verhältnis der Leistungen bestimmenden Normen gänzlich ablösen würde (insbesondere § 55 SGB XII und § 43 a SGB XI). Mit dieser Abgrenzung wäre schließlich auch eine entsprechende Anrechnung (s. o.) verbunden.

Für eine solche Lösung spricht die konsequente Ausrichtung am NBA. Nach der Konzeption des NBA erfassen die Module 7 und 8 eine Graduierung von Hilfebedürftigkeit in Abgrenzung zur Pflegebedürftigkeit, die anhand der Module 1 bis 6 bestimmt wird. In Abgrenzung zur Pflegebedürftigkeit haben die im Bereich der Hilfebedürftigkeit erforderlichen Leistungen außerdem primär keinen pflegerischen Charakter.

Gegen die erste wie auch die zweite Variante sprechen allerdings die damit jeweils verbundenen leistungsrechtlichen Verschiebungen. Insbesondere Menschen, die derzeit umfängliche Eingliederungshilfe erhalten, könnten dann aufgrund einer teilweisen Leistungsverchiebung in die Pflege und damit z.T. auch in die Hilfe zur Pflege mit damit möglicherweise im Einzelfall verbundenen Nachteilen zu rechnen haben.

IV . Szenario 3 (Reform der Eingliederungshilfe)

Für das Szenario 3 sollen die bisherigen Vorschläge zur Gestaltung der Schnittstelle zusätzlich unter Berücksichtigung der Reform der Eingliederungshilfe gemäß den Beschlüssen der ASMK betrachtet werden.

1. Stand der Reform der Eingliederungshilfe

Der Deutsche Verein hat in 2007 inhaltliche Vorschläge zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe insbesondere durch die Aufhebung der Trennung zwischen den Leistungsformen ambulant und stationär¹⁶ unterbreitet, um einer stärkeren Personenorientierung im Gegensatz zur bisher weitgehenden Einrichtungsorientierung den Weg zu bereiten. Diese sind von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2008 aufgenommen worden.¹⁷

Einen Meilenstein für die Weiterentwicklung im Recht der Teilhabe stellt die 2008 verabschiedete und 2009 in Deutschland in Kraft getretene **UN-Behindertenrechtskonvention** dar. Es ist zu erwarten, dass der Prozess ihrer Umsetzung auch in Deutschland der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe eine besondere Dynamik verleihen und mit Blick auf die in ihr vorgegebenen Ziel-

¹⁶ Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe behinderter Menschen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen in der Eingliederungshilfe, NDV 2007, 245–255.

¹⁷ Ausführlicher dazu insgesamt Welke, NDV 2009, 456–464.

positionen, insbesondere der Inklusion und der Barrierefreiheit, bezogen auf alle Lebensbereiche, wichtige Impulse setzen wird.

Die **Bund-Länder-Arbeitsgruppe** zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe hat der ASMK 2009 Eckpunkte für die Reformgesetzgebung vorgelegt. Diese basieren u.a. auf Vorarbeiten des Deutschen Vereins¹⁸ und sind im Wege einer breiten Beteiligung zahlreicher Verbände entstanden. Sie enthalten für den Prozess der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe grundlegende Richtungsvorgaben und regen die Verknüpfung der beiden Reformprozesse in der Eingliederungshilfe und in der Pflege an. Besonders bedeutsam mit Blick auf die zukünftige Gestaltung der Schnittstelle zur Pflege sind insbesondere folgende Punkte:

Die Leistungen sollen personenorientiert sein, d.h. sich an dem individuellen Unterstützungsbedarf des Menschen ausrichten und nicht mehr nach der Wohnform unterscheiden. Bei weiterhin offenem Leistungskatalog sollen die Leistungen der Eingliederungshilfe daher als individuelle, bedarfsdeckende Fachleistungen ausgestaltet sein in Abgrenzung zu den allgemeinen, daneben möglichen, existenzsichernden Leistungen zum Lebensunterhalt und zum Wohnen.

Die Kriterien der individuellen Bedarfsermittlung sollen entsprechend den Empfehlungen des Deutschen Vereins¹⁹ nach bundeseinheitlichen Maßstäben entwickelt werden und sich auf alle Lebenslagen des Menschen erstrecken. Zusätzlich soll der Mensch mit Behinderungen während des gesamten Prozesses im erforderlichen Umfang durch ein partizipativ gestaltetes Teilhabemanagement unterstützt und begleitet werden.

Die Gesamtsteuerungsverantwortung der Teilhabeleistung von der Bedarfsfeststellung bis zur Wirkungskontrolle soll gemäß dem Eckpunktepapier den Trägern der Sozialhilfe obliegen. Dazu sollen sie eine trägerübergreifende Koordinations- und Strukturverantwortung unter Beteiligung des Menschen mit Behinderungen erhalten.

¹⁸ Siehe Fußn. 21 und 16.

¹⁹ Siehe Fußn. 21.

Außerdem wird die besondere Bedeutung der Herstellung eines inklusiven Sozialraums betont und als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe qualifiziert.

Nach dem Beschluss der ASMK 2009 wird die Bundesregierung nun gebeten, den Entwurf eines Reformgesetzes zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe so rechtzeitig vorzulegen, dass ein solches Reformgesetz noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet werden kann.

Der Deutsche Verein unterstützt den Reformprozess und möchte durch das vorliegende Diskussionspapier zu einem weiteren Fortgang beitragen. Im Übrigen hält der Deutsche Verein weiterhin an seiner Forderung nach einem Leistungsgesetz für Menschen mit Behinderungen auf der Basis des Gedankens des Nachteilsausgleichs fest. Mögliche Finanzierungsmodelle hat der Deutsche Verein bereits ausführlich zum Bundesteilhabegeld dargelegt.²⁰

2. Besonderheiten im Vergleich zum Szenario 1 und 2

Die im Szenario 1 und 2 dargelegten Lösungsmöglichkeiten kommen sämtlich auch innerhalb des Szenario 3 in Betracht.

Die aufgezeigten Tendenzen zur Reform der Eingliederungshilfe unterstreichen besonders eine klare Trennung der jeweiligen Leistungen und Verantwortlichkeiten sowie die Notwendigkeit von Kooperation und die Bearbeitung von Schnittstellen zu anderen Leistungen. Absehbar ist auch, dass der Reformprozess der Eingliederungshilfe seinerseits nicht ohne Auswirkungen auf die Pflegeversicherung vonstatten gehen wird. Die Personenorientierung der Leistungen und deren Unabhängigkeit von der jeweiligen Wohnform oder dem Wohnort des Menschen würde trotz der noch zu klärenden Frage, was Personenorientierung für das Recht der Pflegeversicherung bedeuten kann, die Ausweitung der Möglichkeiten trägerübergreifender Persönlicher Budgets (s. o. II. 1.) und die Erweiterung und Vereinheitlichung des Häuslichkeitsbegriffs (s. o. II. 2) unterstützen. Das anvisierte Teilhabe-

management sollte mit den Strukturen der Pflegeversicherung verzahnt werden (s. u. V).

V . Kooperation und Koordination

Nach Ansicht des Deutschen Vereins werden aufgrund der zunehmenden Anzahl von Menschen mit Leistungsansprüchen aus beiden Systemen die Anforderungen an die Leistungsträger zu Kooperation und Koordination weiter steigen.

Durch die Einführung des § 7 a SGB XI zur Pflegeberatung einschließlich der Aufstellung eines individuellen Versorgungsplans hat der Gesetzgeber bereits versucht, diesen Anforderungen zu entsprechen. Die Beratung nach § 7 a SGB IX ist im Sinne eines Fallmanagements zu verstehen. Vorgesehen ist dabei auch die möglichst frühzeitige Einbeziehung anderer zuständiger Leistungsträger. Flankierende Vorschriften finden sich etwa in § 22 Abs. 1 Satz 4 SGB IX (Beteiligung der Pflegekassen an Beratung und Unterstützung durch gemeinsame Servicestellen) und § 4 Abs. 1 SGB XII (Zusammenarbeit der Träger der Sozialhilfe mit anderen, u.a. Pflegeversicherung, und Koordination mit Beteiligten an Pflegestützpunkten). Die Pflegeberatung ist damit eine Reaktion auf das sektoral strukturierte Sozialrecht. Dieser vom Deutschen Verein ausdrücklich begrüßte Ansatz sollte weiterentwickelt werden zugunsten einer verbindlichen, systemübergreifenden Struktur, die die vom Deutschen Verein aufgestellten Grundsätze der Bedarfsermittlung und Hilfeplanung²¹ zugrunde legt, Mehrfachbegutachtungen so weit wie möglich vermeidet und etwa auch die Feststellung nach § 69 SGB IX mit integriert.

Die Frage der Steuerungsverantwortung und des Gestaltungsauftrages sollte dabei verbindlich festgelegt sein. Zu unterscheiden ist die Ebene der Leistung und die Ebene der Infrastruktur. Jedenfalls auf der Ebene der Infrastrukturgestaltung sollte zukünftig die besondere Stellung der Kommunen, die die notwendige Kleinräumig-

²⁰ Empfehlung des Deutschen Vereins zur Einführung eines bundesfinanzierten Teilhabegeldes – Bundesteilhabegeld – vom 8. Dezember 2004, NDV 2005, 2 ff.

²¹ Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen vom 17. Juni 2009, NDV 2009, 253 ff.

keit bieten und eine umfassende Sozialraumorientierung steuern können, stärkere Berücksichtigung finden. Hinsichtlich der Leistungsebene ist der finanziellen Aufnahmefunktion der Sozialhilfe und damit in der Regel auch der finanziellen Letztverantwortung durch Bedarfsdeckung ausreichend Rechnung zu tragen, um Fehlansätze zu vermeiden. Erforderlich wäre die weitere Aus- und Weiterbildung des Personals im Sinne eines qualifizierten Teilhabemanagements.

Der Deutsche Verein empfiehlt daher, alle notwendigen systemübergreifenden Strukturen grundlegend an systemisch übergeordneter Stelle einheitlich und wirkungsvoll auszugestalten, etwa im Wege einer Weiterentwicklung des SGB IX.

Hinsichtlich der Verzahnung mit dem SGB IX besteht derzeit noch ein weiterer bedeutsamer Unterschied zwischen dem System der Pflege und der Eingliederungshilfe. Während die Träger der Sozialhilfe Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sind, fehlt es an einer Einbindung der Pflegeversicherung in das SGB IX. Vor dem Hintergrund der dargestellten begrifflichen sowie leistungsrechtlichen Überschneidungen der Lebenslagen von Behinderung und Pflegebedürftigkeit, die sich zukünftig voraussichtlich noch weiter vergrößern werden, ist dies nicht überzeugend. Die stärkere Berücksichtigung von Teilhabeaspekten im neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff spricht vielmehr für eine Einbeziehung auch der Pflegeversicherung.

Der Deutsche Verein regt daher an zum Zwecke der perspektivisch notwendigen verbesserten Verzahnung der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit und Behinderung auch die Pflegeversicherungsträger in das SGB IX einzubeziehen.

VI. Zukünftige Rahmenbedingungen und grundlegende Voraussetzungen

Der Erfolg der angestrebten Weiterentwicklungen ist in der Pflege und der Eingliederungshilfe gleichermaßen von einer am Leitbild der **Inklusion** und möglichst weitgehenden Barrierefreiheit ausgerichteten Sozialraumgestaltung abhängig. Vor dem Hintergrund der zukünftigen Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft nimmt die Sozialraumorientierung nicht nur zugunsten von Menschen mit Behinderungen einen zentralen Stellenwert ein. Dabei handelt es sich um den Aus- und Aufbau sozialräumlicher Unterstützungsstrukturen wie Barrierefreiheit, ehrenamtliche Aktivitäten und wohnortnahe Begegnungs- und Beratungsangebote im Rahmen der Daseinsvorsorge. Von dieser Grundstruktur nicht erfasst sind die Leistungen, auf die einzelne Personen einen bundes- oder landesgesetzlichen Sozialleistungsanspruch haben. Eine subsidiär ergänzende, qualitätsgesicherte ambulante Versorgung sowie die Gewährleistung gesellschaftlicher Teilhabe von pflegebedürftigen und behinderten Menschen ist ohne ein entsprechend wesentlich stärker die Bedürfnisse dieser Menschen berücksichtigendes soziales Umfeld – idealerweise im Sinne eines **inklusiven Gemeinwesens** – nicht leistbar. Den Kommunen kommt für die grundlegende Sozialraumgestaltung die entscheidende Bedeutung zu. Zugleich sind aber auch die Rahmenbedingungen für eine Steuerung und Koordinierung auf überregionaler, auf Landes- und auf Bundesebene darauf auszurichten, um eine inklusive sozialräumliche Gestaltung auf lokaler Ebene soweit wie möglich zu unterstützen. Dazu bedarf es eines Bewusstseins um die Wirkungszusammenhänge der unterschiedlichen Politikbereiche auf den verschiedenen Ebenen. Die jeweiligen Maßnahmen müssen auf das gemeinsame Ziel einer den Bedürfnissen pflegebedürftiger und behinderter Menschen entsprechenden sozialräumlichen Gestaltung abgestimmt werden sowie in ihrer jeweiligen Wirkung aufeinander. Dieser Auftrag fordert die Zusammenarbeit vieler Akteure, wobei die Bündelung und Steuerung auf kommunaler Ebene besonders wichtig ist sowie eine Bewusstseinsbildung zum alltäglichen, respektvollen Umgang und Miteinander aller Menschen.

VI . Schlussbemerkung

Der Deutsche Verein möchte mit diesem Diskussionspapier die von ihm begrüßte Reform der Eingliederungshilfe und die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie des Begutachtungsassessments unterstützen und dazu beitragen, dass beide Prozesse aufeinander abgestimmt werden. Im zeitlichen Zusammenfallen der Reformbestrebungen in beiden Systemen sieht er eine besondere und geradezu historische Chance, die Prozesse auch inhaltlich miteinander zu verbinden. Das gesamte System der Unterstützung pflegebedürftiger und behinderter Menschen muss zukunftsgerichtet in einer Weise ausgestaltet werden, die bedarfsgerecht, effizient und ressourcenverantwortlich ist und die leistungsberechtigten Menschen in den Mittelpunkt stellt und letztlich ihnen zugute kommt. Die Selbstbestimmungs- und Teilhaberechte der pflegebedürftigen, behinderten Menschen müssen Ausgangspunkt und Ziel der Neugestaltung sein. Entsprechend der z.T. sehr unterschiedlichen, individuellen Bedarfslagen ist ein möglichst flexibles Leistungsrecht erforderlich, welches in Abkehr von einer einrichtungs- und leistungszentrierten Sichtweise am individuellen Bedarf ansetzt.