

# **Bundesarbeitsgemeinschaft**

*der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)*

---

Bernd Finke  
Geschäftsführer der BAGüS  
48133 Münster

Tel.: 0251 591-6530  
Fax: 0251 591-6539  
E-Mail: [bag@lwl.org](mailto:bag@lwl.org)  
<http://www.bagues.de>

## **Überlegungen zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung und ihre Auswirkungen auf das Betreuungsrecht**

**Vortrag anlässlich der Jahrestagung 2009 der Leisterinnen und Leiter von Betreuungsbehörden am 18.05.2009 in Erkner**

### Es gilt das gesprochene Wort

Sehr geehrte Damen und Herren,

Herzlichen Dank für Ihre Einladung zu Ihrer diesjährigen Fachtagung nach Erkner, der ich gerne gefolgt bin.

Einerseits gehört es auch zu den vielfältigen Aufgaben unserer Bundesarbeitsgemeinschaft, uns mit den Fragen des Betreuungsrechts zu befassen.

Andererseits hat das Thema für Sie immer direkten Bezug zur Eingliederungshilfe und zur Hilfe zur Pflege, denn dies sind ja die Leistungen, die rechtlich betreute Menschen häufig benötigen.

Deshalb will ich Ihnen auch gerne zu Anfang Ihrer Fachtagung einen Überblick über die derzeit stattfindenden Diskussionen um die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe sowie um die Überlegungen zu einem neuen, modernen und umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriff geben.

Ich denke, die künftigen Auswirkungen auf das Betreuungsrecht – also auf was Sie sich ggf. einstellen müssen - werden damit deutlich.

## 1. Vorbemerkung

Die Mitglieder der BAGüS sehen es als eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe an, behinderten Menschen – sowohl im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII als auch im Rahmen der Pflegeversicherung - die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Dabei gewinnt der enge Sachzusammenhang von Behinderung und Pflege eine zunehmende Bedeutung, denn jeder pflegebedürftige Mensch ist auch behindert im Sinne des SGB IX und wird auch in aller Regel wesentlich behindert im Sinne des SGB XII sein.

Bei der Umsetzung der Aufgaben ihrer Mitglieder stehen Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Partizipation im Vordergrund.

Dafür ist nicht nur ein neues Verständnis im Verwaltungshandeln der zuständigen Leistungsträger erforderlich. Voraussetzung ist auch, dass Leistungen und Leistungsformen entsprechend den jeweiligen Bedürfnissen der Leistungsberechtigten umgestaltet, flexibilisiert und individualisiert werden. Hierzu bedarf es zwingend gesetzlicher Weiterentwicklungen der maßgeblichen Vorschriften.

Der Deutsche Bundestag hat mit der inzwischen erfolgten Ratifizierung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen die Grundlagen für Reformen und Weiterentwicklungen geschaffen, die den genannten Personenkreis direkt betreffen. Künftig werden alle Änderungen und Weiterentwicklungen also unter dem Gesichtspunkt zu prüfen sein, ob damit den Vorgaben und Zielen dieser Konvention entsprochen wird und ihre verbindlichen Vorgaben berücksichtigt werden.

## 2. Rückblick und Ausgangslage

Länder und Bund hatten im Vermittlungsverfahren zum Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch (also vom BSHG zum SGB XII) im Dezember 2003 vereinbart, die Probleme der Kostenentwicklung in der Eingliederungshilfe in einer Länderarbeitsgruppe mit Bundesbeteiligung aufzuarbeiten und Lösungen zu entwickeln. Gemeinsame Zielsetzung war es dabei, durch eine Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen und der Leistungsformen die prognostizierte Kostenentwicklung einzudämmen und zum anderen Menschen mit Behinderungen möglichst gleiche Lebensbedingungen und Chancen wie Menschen ohne Behinderungen zu sichern.

Der Deutsche Bundestag hat sich – ausgehend vom Koalitionsvertrag vom November 2005 von CDU/CSU und SPD - in der laufenden Legislaturperiode mehrfach mit den Fragen der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe und der Reform der Pflegeversicherung befasst. Während mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz bereits erste Verbesserungen in der Pflege umgesetzt wurden, steht die Reform der Eingliederungshilfe noch aus.

Allerdings hat die 85. ASMK im November 2008 Diskussionsvorschläge vorgelegt, wie das Ziel, behinderten Menschen die gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu sichern, zu ermöglichen ist. Es geht nach dem Diskussionspapier dabei um die Bereiche Erziehung, Bildung, Ausbildung, Arbeit und Wohnen.

Eckpunkte, an denen sich die Reform orientieren soll, sind:

- Entwicklung der Eingliederungshilfe zu einer personenzentrierten Teilhabeleistung durch eine stärkere Berücksichtigung der individuellen Bedarfe und Beachtung des Selbstbestimmungsrechts der Menschen mit Behinderungen,
- Entwicklung eines durchlässigen und flexiblen Hilfesystems sowie
- Schaffung von Beschäftigungsalternativen zur Werkstatt für behinderte Menschen.

Zum Inhalt der Reformüberlegungen komme ich später.

Seit Beginn dieses Jahres laufen in verschiedenen Arbeitsgruppe zwischen Bund, Ländern, den Leistungs- und Rehabilitationsträgern sowie den Wohlfahrts-, Fach- und Behinderten-

verbänden intensive Gespräche, in denen ausgelotet werden soll, ob bzw. zu welchen Punkten Konsens unter allen Beteiligten hergestellt werden kann. Ein Zwischenresümee soll morgen in einem Fachgespräch mit alle Beteiligten gezogen werden.

Bund und Länder wollen danach ihre Diskussionsvorschläge überprüfen und weiter entwickeln mit dem Ziel, der ASMK in der Herbstsitzung diesen Jahres – also bereits kurz nach der Bundestagswahl - konkrete Vorschläge unterbreiten und zur Beschlussfassung vorlegen zu können.

Auch zu Fragen der Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsgesetzes erfolgten und laufen intensive Beratungen. Zu erwähnen ist zunächst, dass der Gesetzgeber zum 01.07.2008 mit dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung einen ersten Reformschritt der sozialen Pflegeversicherung unternommen hat.

Als wichtige Eckpunkte sind hier zu nennen:

- Die Bestimmungen über die Pflegeberatung und Bildung von Pflegestützpunkten, die für ihre Arbeit sicherlich von Bedeutung sind,
- die schrittweise Anhebung der ambulanten und stationären Leistungen sowie die Verbesserung der Leistungen zur Tages- und Nachtpflege mit Leistungsdynamisierungen,
- die Ausweitung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und Einbeziehung von Menschen der sogenannten Pflegestufe 0,
- Vergütungszuschläge für Pflegeheime mit Pflegebedürftigen, die einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf haben sowie
- der Ausbau der Qualitätssicherung und die Weiterentwicklung der Transparenz.

Zur Umsetzung dieser gesetzlichen Neuregelungen müssen Leistungsträger und Leistungsanbieter sowie Fachverbände eine Reihe von verbindlichen Empfehlungen auf Bundesebene abschließen, über die in den letzten Monaten intensiv verhandelt worden ist. Die letzten Empfehlungen stehen kurz vor dem Abschluss.

Besonders zu erwähnen ist hier die Transparenzvereinbarung, nach der künftig nach verbindlich vorgegebenen Regelungen die Leistungen und die Qualität jeder Pflegeeinrichtung zu veröffentlichen ist. Jeder Bürger wird sich damit über die Leistungen und die Benotung der Qualität der Pflege im Internet nach einem bundesweit einheitlichen Layout informieren können.

Weiterhin hat das BMG bereits im Oktober 2006 einen Beirat eingesetzt, dessen Aufgabe es ist, aktiv an der Arbeit der für die zukünftige Entwicklung der Pflegeversicherung wesentlichen Fragestellungen mitzuwirken. Grundlage dafür bildet der Koalitionsvertrag, der dem BMG vorgibt, mittelfristig eine Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorzubereiten und die notwendigen Entscheidungsgrundlagen zu entwickeln. Das BMG stellte seinerzeit fest, dass *Defizite bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen vielfach auf einen zu engen verrichtungsbezogenen Begriff der Pflegebedürftigkeit zurückgeführt werden, weil dieser nur somatisch ausgerichtet sei. Dadurch würden wesentliche Aspekte wie Kommunikation und soziale Teilhabe ausgeblendet und der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung, insbesondere bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu wenig berücksichtigt.*

Da ein neuer erweiterter Pflegebedürftigkeitsbegriff untrennbar mit einem darauf zu entwickelnden neuen Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit korrespondiert, wurde gleichzeitig der Auftrag erteilt, ein neues Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu entwickeln und zu erproben.

Am 26.01.2009 hat der Beirat den Abschlussbericht zur Überprüfung der Pflegebedürftigkeit beschlossen und am 29.01.2009 Frau Ministerin Ulla Schmidt übergeben.

In einem Folgeauftrag an den Beirat ist dieser gebeten worden, bis zu diesem Monat eine Umzustudie vorzulegen, die 3 zentrale Fragen beantworten soll:

- 1) Wie wirken sich die Vorschläge für die Neuordnung der Pflegestufen (neu: Bedarfsgrade) konkret auf das Leistungsgeschehen und in finanzieller Hinsicht aus?
- 2) Wie müssen Bestandsschutzregelungen gestaltet werden (z.B. Sonderleistungen für Demente nach § 45a SGB XI, Personalzuschläge in Pflegeeinrichtungen nach § 87b SGB XI?)
- 3) Wie sehen Verfahren der Umsetzung aus und wie kann ihre Implementierung erfolgen?

In der weiteren Diskussion darf insgesamt nicht unbeachtet bleiben, dass Deutschland von einer Wirtschafts- und Finanzkrise ungeahnten Ausmaßes erfasst ist, deren Auswirkungen auf alle deutschen Sozialsysteme noch nicht abschätzbar sind. Es wäre aber leichtfertig zu ignorieren, dass Bund, Länder und Kommunen in den nächsten Jahren von großen Einbrüchen im Steueraufkommen und den Einnahmen aus Sozialversicherungen ausgehen müssen. Dabei liegt die Lösung nicht in einer weiteren Verschuldung, insbesondere nicht für Sozialleistungen, denn diese würde künftige Generationen - neben den ohnehin bestehenden Belastungen durch die demographische Entwicklung unserer Bevölkerung- überfordern. Auch der Gesichtspunkt der Generationengerechtigkeit muss dabei beachtet werden.

Alle Reformvorschläge müssen deshalb mehr denn je auch unter dem Vorbehalt der Finanzierbarkeit stehen. Wünsche nach finanzwirksamen Standardverbesserungen sind deshalb nicht umsetzbar.

### 3. Fallzahl- und Kostenentwicklung

Die Fallzahl- und Kostenentwicklung in der Sozialhilfe ist weiterhin dramatisch. Insbesondere die Leistungen der Eingliederungshilfe steigen – auch im Vergleich mit den Rehabilitationsleistungen der anderen Rehabilitationsträger – überproportional. Hierzu aus den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes einige Zahlen zur Eingliederungshilfe<sup>1</sup>:

- Die Gesamtzahl der Leistungsempfänger in der Eingliederungshilfe stieg von **494.925** Personen im Jahre **1998** auf **679.164** im Jahr **2007**, also eine Steigerung in 10 Jahren von rd. **37 %**.
- **Insgesamt** gaben die Sozialhilfeträger nach **rd. 7,95 Mrd. Euro** brutto im **Jahre 1998** **rd. 11,9 Mrd. Euro** brutto im **Jahre 2007** für die **Eingliederungshilfe** aus. Dies entspricht einer Steigerung von rund **49 %** in 10 Jahren. Damit entfällt auf die **Eingliederungshilfe** mit **56 %** der größte Anteil aller Ausgaben der **Sozialhilfeträger**.
- So stieg insbesondere die Zahl der **Leistungsempfänger in Werkstätten für behinderte Menschen** von rd. **165.354** im Jahre **1998** auf rd. **235.100** im Jahre **2007**, also eine Steigerung in 10 Jahren von rund **42 %**, die **Aufwendungen** der Sozialhilfe im gleichen Zeitraum für **Werkstätten** von rd. **2,51 Mrd. Euro** auf rd. **3,19 Mrd. Euro**, also um rund **27 %**,

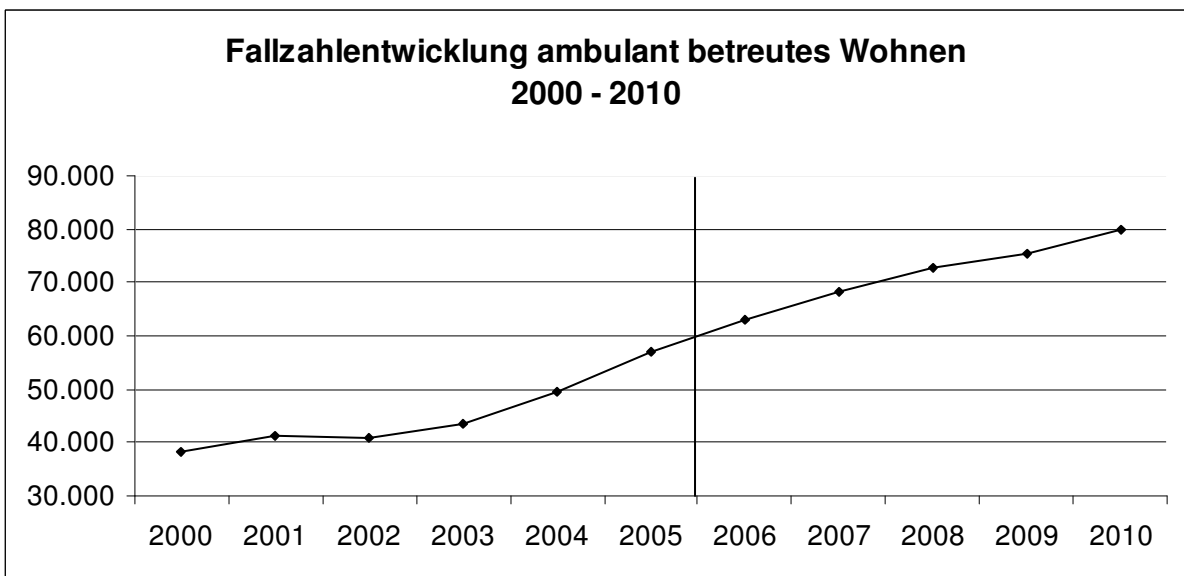
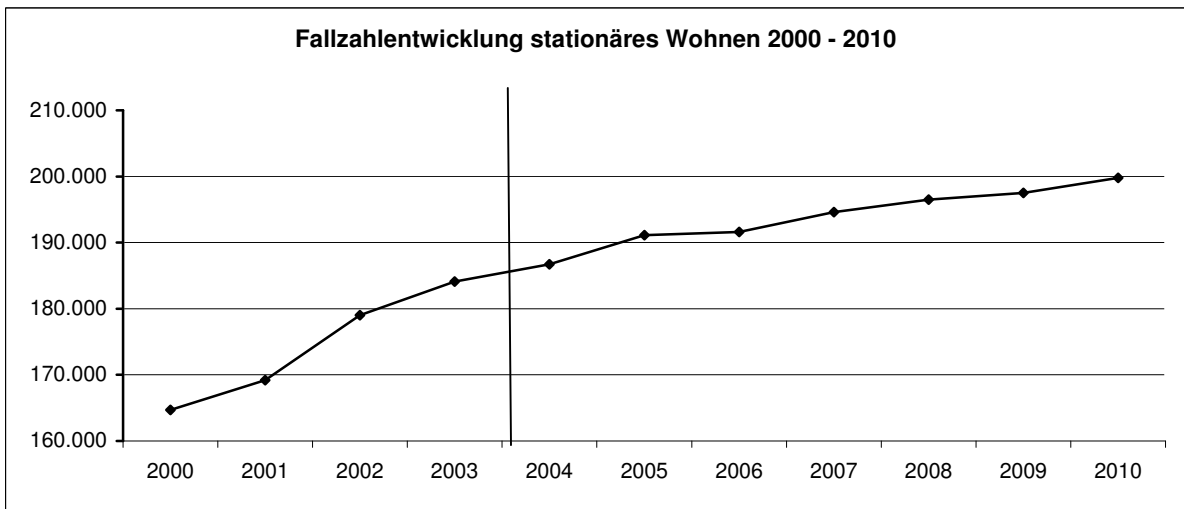
In den nächsten Jahren ist mit einer Fortsetzung der Fallzahl- und Kostenentwicklung zu rechnen, da die Zahl der behinderten Menschen, die auf Sozialhilfe angewiesen sind, weiter ansteigt.

Die BAGüS hat hierzu Prognosen bis zum Jahre 2010 erarbeitet, die im Laufe dieses Jahres fortgeschrieben und damit aktualisiert werden sollen.

Hierzu folgende Übersichten:

---

<sup>1</sup> Distatis: Statistik der Sozialhilfe – Eingliederungshilfe für behinderte Menschen 2007 vom 2.3.2009



Die Fallzahl- und Kostensteigerungen **in der Pflege** fallen hingegen derzeit noch geringer aus. Auch hierzu ist den Berichten des Statistischen Bundesamtes<sup>2</sup> folgendes zu entnehmen:

- die Zahl der **Leistungsempfänger/innen** stieg bei den ambulanten Leistungen von **85.387** im Jahre **1998**<sup>4</sup> auf **89.537** im Jahre **2007** um nur **4,9 %**, in **stationären Pflegeeinrichtungen** in gleichem Zeitraum jedoch von **204.882**<sup>3)</sup> auf **265.693**, hier also eine Steigerung in 10 Jahren von **29,7 %**,
- die **Ausgaben der Sozialhilfe** für die ambulante Hilfe zur Pflege stiegen im gleichen Zeitraum von rd. **403 Mio. Euro**<sup>7</sup> auf rd. **644 Mio. Euro**, also um **59,8 %**. In der stationären Hilfe zur Pflege weist die Bundesstatistik sogar einen leichten Rückgang um **1,2 %**, und zwar von rd. **2,60 Mrd. Euro**<sup>8</sup> zu rd. **2.57 Mrd. Euro** aus.

Hier muss allerdings berücksichtigt werden, dass seit der Trennung der Lebensunterhalt sichernden Leistungen (Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) von der Hilfe in besonderen Lebenslagen, wie sie im BSHG bezeichnet wurden, auch die Statistik diese Hilfearten trennt, während sie früher in einer Summe dargestellt waren.

Die Bundesstatistik 2007 weist einen Betrag von rd.1,58 Mrd. Euro für Lebensunterhalt sichernde Leistungen an rd. 409.000 Personen in stationären Einrichtungen aus<sup>9</sup>. Allerdings enthält die Statistik keine Aufteilung, wie hoch die Anteile in der stationären Eingliederungshilfe und in der stationären Pflege sind. Geht man davon aus, dass ein nicht unwesentlicher Anteil der in der Bundesstatistik ausgewiesenen Aufwendungen für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in stationären Einrichtungen auf die Pflege entfällt, wird man sicher davon ausgehen können, dass auch die Aufwendungen in der stationären Pflege mit einem zweistelligen Prozentsatz gestiegen sind.

Sie sind somit auch in der stationären Eingliederungshilfe deutlich mehr gestiegen, als die errechneten 27. %.

Im übrigen kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese in Relation zur Eingliederungshilfe insgesamt moderate Fallzahl- und Kostensteigerung in der Hilfe zur Pflege sich insgesamt in den kommenden Jahren nicht dynamischer entwickeln wird. Denn neben der bekannten Tatsache, dass der Anteil älter werdender Menschen an der Gesamtbevölkerung überproportional steigt, kann nicht übersehen werden, dass künftige Generationen angesichts der einschneidenden Änderungen bei den Systemen der Altersvorsorge weniger in der Lage sein werden, die nicht durch die „Teilkasko-Pflegeversicherung“ gedeckten Pflegekosten aus eigenem Einkommen zu bestreiten.

#### **4. Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe**

Die BAGüS steht wie auch die Länder für eine konsequente fachliche Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe und knüpft an die derzeitigen Diskussionen folgender Erwartungen:

- 1) **Ausbau und Weiterentwicklung des Individualisierungsprinzips** erscheint unverzichtbar. Dies bedeutet, dass der Bedarf des behinderten Menschen im Mittelpunkt des Leistungsgeschehens stehen muss, nicht wie in der Vergangenheit, das Leistungsangebot eines Anbieters. Bestimmungen, die eine Objektförderung vorsehen, müssen dem Rechnung tragen.

---

<sup>2</sup> Distatis: Sozialhilfe 2007 vom 16.3.2009

<sup>4</sup> Statistik der Sozialhilfe – Empfänger/-innen von Hilfe in besonderen Lebenslagen 1998

<sup>7</sup> Statistik der Sozialhilfe – Ausgaben und Einnahmen 1998 (788.783 DM)

<sup>8</sup> Statistik der Sozialhilfe – Ausgaben und Einnahmen 1998 (5.081.243 DM)

<sup>9</sup> Destatis: Ergebnisse der Sozialhilfestatistik 2007, S. 71, 80

Das Individualisierungsprinzip wird jedoch nur dann für behinderte Menschen transparent und nachvollziehbar sein, wenn die jeweiligen Leistungen unabhängig davon, an welchem Ort sich der behinderte Mensch aufhält bzw. welcher Dienste und Einrichtungen er sich bedient, in gleicher Höhe und nach den gleichen Voraussetzungen erbracht werden.

Also: Die Bindung der jeweiligen Leistungen an die Leistungsform (ambulant, teilstationär, stationär) ist zumindest für die Bemessung des Leistungsumfangs aufzuheben (Beispiel Hilfe zum Lebensunterhalt in und außerhalb von Einrichtungen). Dieser Grundsatz muss aber auch für andere Sozialleistungsbereiche gelten (z. B. häusliche Krankenpflege nach dem SGB XII).

- 2) **Behinderte Menschen sind oftmals wegen der Folgen ihrer Behinderung pflegebedürftig.** Ihre Zahl wird in den nächsten Jahren in Folge Alterung und damit einhergehend mit dem Abbau ihrer körperlichen und geistigen Kräfte spürbar wachsen.

Eine angemessene und bedarfsgerechte Versorgung dieser Menschen ist erforderlich und setzt voraus, dass ihnen nicht weiter die notwendigen Leistungen der Pflegeversicherung vorenthalten werden, nur weil sie in einer Wohnform leben, als stationäre Einrichtung nicht zur Erbringung von Leistungen nach dem SGB IX zugelassen ist.

Auch hier ist deshalb anzustreben, dass jeder behinderte Mensch, die ihm wegen seiner Pflegebedürftigkeit zustehenden Pflegeleistungen erhält, egal, in welcher Wohn- und Lebenssituation er sich befindet.

- 3) Eine **verbesserte Steuerung und Wirkungskontrolle** der von den Sozialhilfeträgern aufgewendeten Leistungen ist erforderlich.

Die Steuerungsmöglichkeiten der Sozialhilfeträger haben sich zwar durch die einheitliche Zuständigkeitsregelung in vielen Bundesländern wesentlich verbessert, gleichwohl gilt es, dieses Instrument auszubauen. Die Zugangssteuerung zu den jeweiligen Leistungssystemen muss ganzheitlich gedacht werden. In einem einheitlichen Bedarfsfeststellungsverfahren – auch mit den anderen zuständigen Rehabilitationsträgern – muss mit dem behinderten Menschen unter Berücksichtigung seines Wunsch- und Wahlrechts sein individueller Bedarf geklärt werden, für den dann die notwendigen Leistungen (z.B. in Form von Fachleistungsstunden oder Pauschalen, aber auch als Sachleistungen) zu bewilligen sind. In diesem Verfahren ist die Beteiligung zumindest aber die Zustimmung der Betreuer gefragt.

- 4) Behinderte Menschen, die nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig werden können und deshalb als voll erwerbsgemindert geltend, haben heute die Möglichkeit, in einer Werkstatt für behinderte Menschen zu arbeiten.

Zwar hat der Gesetzgeber mit der Einführung der Unterstützten Beschäftigung auch die Möglichkeit eröffnet, dass werkstattbedürftige Menschen auf Außenarbeitsplätzen der Werkstätten arbeiten, gleichwohl besteht in der Fachöffentlichkeit große Einigkeit, dass für diesen Personenkreis mehr **Alternativen zur Beschäftigung in einer Werkstatt** eröffnet werden müssen.

Diskutiert wird deswegen zurzeit die Frage, ob man nicht den Leistungserbringerkreis auch für andere Leistungsanbieter öffnen kann. Natürlich muss man dann die Frage klären, welche der von den Werkstätten zu erbringenden Leistungen auch von solchen alternativen Anbietern erbracht werden müssen und in welcher Qualität.

Schließlich würde eine solche Öffnung der Leistungsangebote in Werkstätten auch das persönliche Budget entscheidend befördern.

## 5. Erweiterter Pflegebedürftigkeitsbegriff

Der geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI steht seit langem in der Kritik. Er wird pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen nicht gerecht. Seine eingeschränkte Beurteilungsgrundlage bezieht sich ausschließlich auf den Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen.

Auch scheint die Verwendung des Faktors Zeit bei der Bemessung des Ausmaßes der im Einzelfall benötigten Hilfen nicht sachgerecht.

Der geltende Begriff der Pflegebedürftigkeit erfasst zudem den Hilfebedarf von Menschen ungleich. Der für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit maßgebliche Katalog im SGB XI (§ 14 Abs. 4) berücksichtigt vor allem Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen nicht ausreichend.

Zukunftsfähig ist nach Auffassung des Beirates und aller dort vertretenen Fachleute ein Pflegebedürftigkeitsbegriff, der alle körperlichen, geistigen und psychischen Einschränkungen und Störungen umfasst.

Ein Bewertungssystem ist notwendig, das Lebens- und Bedarfslagen hilfe- und pflegebedürftiger Menschen flexibel erfasst und einen hohen Grad an Differenziertheit gewährleistet, aber auch Transparenz und Akzeptanz für die Betroffenen sicherstellt.

Der Beirat hat deshalb einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff empfohlen und ein hierzu entwickeltes neues Begutachtungsinstrument. Das Begutachtungsinstrument ist auf internationalem Niveau vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld und dem Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe gemeinsam entwickelt worden und in der Fachwissenschaft akzeptiert.

Dabei zielt das neue Instrument der Begutachtung auf eine umfassende Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit. Der Teil des Begutachtungsinstrumentes, mit dem der Grad der individuellen Beeinträchtigungen durch Gutachter ermittelt wird, ist in insgesamt 8 Bereiche (sogenannte Module) gegliedert. Die Module 1 bis 6 dienen zur Feststellung des Bedarfsgrades der Pflegebedürftigkeit.

Die 8 Module umfassen jeweils eine Gruppe artverwandter Aktivitäten, Fähigkeiten oder einen Lebensbereich:

1. *Mobilität*: Fortbewegung über kurze Strecken und Lageveränderungen des Körpers.
2. *Kognitive und kommunikative Fähigkeiten*: Gedächtnis, Wahrnehmung, Denken, Urteilen, Kommunikation (geistige und verbale „Aktivitäten“).
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 (Selbständigkeit im Umgang mit inneren Handlungsimpulsen und Emotionen).
4. *Selbstversorgung*: Körperpflege, sich Kleiden, Essen und Trinken sowie Verrichtungen im Zusammenhang mit Ausscheidungen.
5. *Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen*: Aktivitäten, die auf die Bewältigung von Anforderungen und Belastungen infolge von Krankheit oder Therapiemaßnahmen zielen, z. B. Medikamenteneinnahme, Wundversorgung, Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln oder Durchführung zeitaufwändiger Therapien innerhalb und außerhalb der häuslichen Umgebung.
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.

7. *Außerhäusliche Aktivitäten*: Teilnahme an sozialen und im weitesten Sinne kulturellen Aktivitäten (einschließlich außerhäusliche Mobilität).
8. *Haushaltsführung*: hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Regelung der für die alltägliche Lebensführung notwendigen geschäftlichen Belange (Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit Behörden, Geldangelegenheiten).

Die Module beschreiben nicht den Inhalt von Pflegeleistungen, sondern dienen dazu, den Grad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit festzustellen. Hinzu kommt die Verpflichtung für den Gutachter, den Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen zu ermitteln und die präventionsrelevanten Risiken zu erfassen.

Die bisherigen 3 Pflegestufen werden ersetzt durch künftig 5 Bedarfsgrade. Sie sind aber mit der Zahl der heutigen Stufen (von 0 bis III plus Härtefall) vergleichbar.

Zur Ermittlung des Pflegebedarfs werden die Ergebnisse der Module 1 bis 6 zusammengeführt und in einem Punktwert zusammengefasst, der je nach Höhe zur Zuordnung in eine der 5 Bedarfsgrade der Pflegebedürftigkeit führt. Die Rechenformel, wie man zu den jeweiligen Bedarfsgraden gelangt, muss natürlich rechtlich abgesichert sein, um die Entscheidungen einer gerichtlichen Überprüfung unterziehen zu können.

Mit der Finanzierung eines solchen neuen Systems hat sich der Beirat ebenfalls befasst, wird jedoch keinen Vorschlag hierzu abgeben.

Er hat auf wissenschaftlicher Grundlage in Zusammenarbeit mit verschiedenen Instituten Berechnungsmodelle und Szenarien erarbeitet, die je nach Gewichtung und Verteilung der Punktwerte auf die Bedarfsgrade dann auch unterschiedliche Kostenfolgen hat. Man kann also sowohl die Zahl der Leistungsberechtigten in einem neuen System als auch die Anzahl der Leistungsempfänger in den jeweiligen Bedarfsgraden durch Veränderungen der Zugangsanforderungen in gewissem Maße beeinflussen, sodass es sowohl zu kostenneutralen als auch für die Pflegeversicherung erheblich teureren Lösungen kommen kann.

Der Beirat hat jedoch ausdrücklich darauf Wert gelegt, dass es letztlich Entscheidung der Politik ist, für welche Lösung man sich entscheidet. Will man eine kostenneutrale Umsetzung des neuen Systems, zeigt sich aber schon jetzt, dass es zu Härten oder Verschlechterungen kommen wird, wenn die Anzahl der Berechtigten steigt, die Leistungen aber nicht.

Über den weiteren Gang der Dinge kann man natürlich angesichts der bevorstehenden Bundestagswahl und möglicher neuer politischer Konstellationen im 17. Deutschen Bundestag ebenso nur spekulieren, wie bei der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe. Es wird also spannend werden, ob die künftige Bundesregierung das ehrgeizige Projekt der Einführung eines neuen erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffes anpacken und mit welchen Finanzmitteln sie es ausstatten wird.

## **6. Schnittstellenprobleme zwischen Eingliederungshilfe und Pflege**

Die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist aus Sicht der BAGüS – wie bereits gesagt - ein wichtiger Schritt in der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Allerdings hat sie hinsichtlich ihrer Stellung und Bedeutung direkte Auswirkungen auf die Hilfe zur Pflege und die Eingliederungshilfe nach dem SGB XII.

Hier ist von Nachteil, dass ein Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen fehlt, obwohl ein solches in der Koalitionsvereinbarung vereinbart war.

Worin liegt das Problem?

Zunächst sind wesentliche Systemunterschiede zu nennen; hier die SGB XII-Leistungen als Fürsorgeleistungen, dort die im Versicherungsrecht verankerten Leistungen der Pflegeversicherung. Folge ist, dass Leistungen der Pflegeversicherung (oder anderer ges. Sozialversi-

cherungen) nicht deshalb versagt werden dürfen, weil ein Anspruch auf Fürsorgeleistung nach dem SGB XII besteht, wenn es sich um gleiche Leistungen handelt.

Regelungen im SGB XI, die schon heute im SGB XI etwas anderes beinhalten, z.B. die Regelung des § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI, nach der die Leistungen der Eingliederungshilfe bei der Pflege unberührt bleiben, sie also im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig sind, bereiten in der Praxis immer wieder Probleme.

Die Überschneidungsbereiche zwischen der Eingliederungshilfe und der Pflege werden sich aber bei einem neuen, umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriff, der im Sinne von teilhabeorientierter und aktivierender Pflege konzipiert ist und sich am spezifischen Unterstützungsbedarf des Einzelnen und nicht wie bisher an seinen körperlichen Beeinträchtigungen orientiert, vergrößern.

Es wird durchaus die Gefahr gesehen, dass mit den gebildeten Modulen und der Beschreibung von Unterstützungsbedarfen, die alle dem neuen teilhabeorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriff zugeordnet sind, der Eingliederungshilfebedarf überlagert, also quasi aufgezehrt wird und diese Leistung damit gegenstandslos wird. Dies kann nach übereinstimmender Ansicht aller Beteiligten aber nicht das Ziel einer Reform der Pflegeversicherung sein und würde auch von den Interessensvertretern, Behindertenverbänden und den Spitzenverbänden der Leistungsanbieter nicht hingenommen.

Es wird deshalb im weiteren entscheidend darauf ankommen, Lösungen zu finden,

- dass behinderte Menschen, die auch pflegebedürftig sind und deshalb als Beitragszahler vollwertigen Anspruch auf die jeweiligen Leistungen der Pflegeversicherung haben, mehr als in der Vergangenheit auch die Leistungen erhalten und
- wie bzw. durch welche nachprüfbar Merkmale (oder Ziele) die Eingliederungshilfe von einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff praktikabel und streitfrei abzugrenzen ist.

Konkrete Lösungen sind zur Zeit noch nicht entwickelt.

## 7. Weitere aktuelle Fragen und Themen der Sozialhilfeträger

### 7.1 Umsetzung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch

Das SGB IX ist Mitte des Jahres 2001 als ein bedeutender Markstein für die Fortentwicklung des Deutschen Sozialleistungsrechts zugunsten behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen gefeiert worden. Es sollte entscheidend die gesellschaftlichen Entwicklungschancen behinderter Menschen verbessern, deren Eigenständigkeit und Selbstbestimmungsrecht fördern, dem Benachteiligungsverbot des Grundgesetzes Rechnung tragen und auch die sozialen Leistungen selbst verbessern.

Seitdem ist vieles erreicht. Allerdings kann man nicht die Augen davor schließen, dass auch eine Reihe von Wünschen bisher deutlich hinter den Erwartungen zurückgeblieben sind.

So haben sich die bei der BAR entwickelten **gemeinsamen Empfehlungen** zu verschiedenen Punkten als in der Praxis fast unbeachtete Papiertiger entpuppt, da sie wegen ihrer fehlenden Konkretisierung auch für die Praxis wenig hilfreich sind.

Vor allem die **gemeinsamen Servicestellen** wurden bei weitem nicht so angenommen, wie der Gesetzgeber dies erhofft hatte.

Das mag daran liegen, dass deren Zahl und ihre Organisationsform nicht so entwickelt aber auch die Fachkenntnisse der dort tätigen Mitarbeiter nicht so umfangreich ist, dass es zu einer kompetenten und umfassenden Beratung kommen kann.

Für die Sozialhilfe ist darüber hinaus feststellbar, dass behinderten Menschen und insbesondere Eltern behinderter Kinder kaum zu vermitteln ist, dass sie in diesen Beratungsstellen (z. B. bei den Rentenversicherungsträgern) eine bessere Beratung erhalten können, als

dies bei den etablierten Beratungsangeboten (z. B. Beratungen durch die Gesundheitsämter, bei den Fachstellen der Sozialämter oder den Fachverbänden) der Fall ist.

Auch kann kritisch angemerkt werden, dass die Rehabilitationsträger die im Gesetz vorgeschriebene **Koordination der Leistungen und Kooperation** nur unzureichend umsetzen, aus welchen Gründen auch immer.

Besonders zu erwähnen ist allerdings die Vorschrift des **§ 14 SGB IX**, die in besonderer Weise die **Zuständigkeitsklärung** zwischen den verschiedenen Rehabilitationsträgern regelt. Hier muss man zugestehen, dass allen Rehabilitationsträgern die Tragweite und Auswirkungen dieser Vorschriften nicht bewusst war.

Das Bundessozialgericht hat allerdings in den letzten 2 Jahren mehrere weitreichende und wegweisende Urteile gefasst<sup>10</sup>, die deutlich machen, dass die Rehabilitationsträger hier ihre bisherigen Auffassungen und Handlungsweise völlig umstellen müssen.

Denn – zweifelsfrei im Sinne behinderter Menschen – hat das BSG klargestellt, dass sowohl der erstangegangene Rehabilitationsträger, der einen Antrag nicht weiterleitet, aber auch der Rehabilitationsträger, der einen Antrag weitergeleitet bekommt und diesen nicht nochmals weiterleiten darf, nicht nur im Rahmen seines eigenen Leistungsrechts über diesen Antrag entscheiden muss, sondern unter Berücksichtigung aller in Frage kommenden Leistungsbereiche.

Lehnt ein Rehabilitationsträger, also z. B. eine Krankenkasse, eine Leistung ab, ohne den Antrag an den nach ihrer Ansicht zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten, wurde sie in einem Verfahren vor dem BSG allein deshalb nachträglich zur Leistung verpflichtet, weil sie sich in der Anwendung des § 14 nach Rechtsauslegung des Gerichts falsch verhalten und den Antrag nicht umfassend geprüft hat.

Der Leistungsträger, an den ein Antrag weitergeleitet wurde, hat demzufolge immer nicht nur zu prüfen, ob dem behinderten Menschen die gewünschte Leistung nach seinem Leistungsrecht zusteht, sondern auch nach dem Leistungsrecht der anderen Rehabilitationsträger. Ist dies der Fall, hat er die Leistung nach dem jeweiligen Leistungsrecht zu erbringen und einen internen Erstattungsanspruch. Für den Betroffenen ist dies von großem Vorteil.

Ich glaube es ist wichtig für Sie als Betreuungsbehörden diese höchstrichterliche Rechtsprechung weiterhin mit Interesse zu verfolgen und auch die einschlägigen Veröffentlichungen, denn das Wissen über diese Grundsätze werden sie bei der Sachverhaltsaufklärung für das Gericht, bei der Beratung und Unterstützung der Betreuer anwenden können.

## 7.2 Ambulantisierung

Aus der Sicht der Sozialhilfe ist es wichtig, den eingeleiteten Prozess der Ambulantisierung weiter zu führen. Viele Sozialhilfeträger haben nunmehr die Möglichkeit dazu, seit dem in den meisten Bundesländern eine einheitliche Zuständigkeit für ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe und stationäre Leistungen hergestellt ist.

Die Ambulantisierung ist nicht nur ein Mittel der Sozialhilfeträger, Leistungen günstiger zu erbringen, als dies in stationären Einrichtungen in der Vergangenheit der Fall war. Leider wird dies häufig hierauf reduziert.

Es ist vor allem ein wichtiges Instrument, um das Recht auf Selbstbestimmung behinderter Menschen zu ermöglichen und die notwendigen Leistungen stärker an ihrem individuellen Bedarf auszurichten. Deshalb gibt es zu dem Grundsatz der Ambulantisierung keine echte Alternative.

---

<sup>10</sup> zu finden auf der Internetseite des BSG ([www.bundessozialgericht.de/](http://www.bundessozialgericht.de/))  
u.a. Urteile vom 21.8.2008 (B 13 R 33/97 R), vom 20.11.2008 (B 3 KR 6/08 R und B 3 KR 16/08 R)

Für die Betroffenen, ihre Angehörigen aber auch die Betreuer treten damit Veränderungen ein. Denn entscheidend ist nunmehr die Frage, wie der Bedarf nach Wohnen und Betreuung in jedem Einzelfall sichergestellt werden kann und nicht, ob eine Einrichtung einen freien Betreuungsplatz hat. Auf diese Veränderung müssen Sie sich, wenn noch nicht geschehen, sicherlich einstellen.

### **7.3. Umsetzungsprobleme beim trägerübergreifenden Persönlichen Budget**

Sie alle wissen, dass Politik, Behinderten- und Fachverbände aber auch Leistungsträger große Hoffnungen in das persönliche Budget gesetzt hatten. Leider zeigt sich das Interesse an dieser neuen Leistungsform nicht in dem Umfange, wie das allseits erhofft war. Das hat natürlich verschiedenste Ursachen.

Aus meiner Sicht liegt ein entscheidender Fehler darin, dass man mit dem persönlichen Budget bei den betroffenen behinderten Menschen den Eindruck erweckt hat, es handele sich um eine neue Leistung. Der behinderte Mensch habe also mit dem persönlichen Budget nunmehr die Möglichkeit, Leistungen selbst einzukaufen, die ihm nach der klassischen Leistungserbringung verwehrt waren.

Richtig ist aber, dass das persönliche Budget nur eine besondere Form der Leistungsausführung ist. Dies bedeutet, dass Leistungen auch nicht im persönlichen Budget ausgeführt werden können, die das klassische Leistungsrecht nicht vorsieht. Diese Erkenntnis hat bei vielen behinderten Menschen große Enttäuschung hervorgerufen.

Es gibt aber auch eine Menge anderer Gründe, warum das persönliche Budget nicht mehr in Anspruch genommen wird. Zu nennen sind hier:

- Es besteht kein besonderer Anreiz für die Inanspruchnahme des persönlichen Budgets, da die klassischen Leistungen nach wie vor Sicherheit vermitteln und auch komfortabel erscheinen (z. B. Vollangebot von Heimen).
- Das Verfahren zur Bedarfsermittlung und zum Zustandekommen des persönlichen Budgets ist sehr aufwändig, die Ausführung erfordert große Verantwortung bei den Budgetnehmern und seinen Betreuern.
- Der Umfang der Finanzierung notwendiger Assistenz ist zwischen Verbänden, Leistungsberechtigten und Leistungserbringern nach wie vor umstritten und nach Ansicht der Betroffenen nicht ausreichend gestaltet.
- Die mit dem persönlichen Budget verfolgte Verbreiterung des Leistungsangebotes, also eine größere Anbietervielfalt, hat sich – noch – nicht eingestellt. Hier beißt sich sprichwörtlich die Katze in den Schwanz. So lange kein Angebot vorhanden ist, gibt es keine Nachfrage. Andererseits kommt eine Nachfrage nicht zustande, so lange keine unterschiedlichen Angebote bestehen.
- Viele Leistungserbringer haben nach wie vor ein zu enges Verständnis für den Budgetgedanken. Sie verlangen am Ende eine Spitzabrechnung der vom Budgetnehmer getätigten Ausgaben und verrechnen ggf. sogar Überschüsse mit künftigen Budgets. Gerade aber das persönliche Budget hat das Ziel, durch wirtschaftliches Handeln des Budgetnehmers – allerdings ohne auf die mit ihm vereinbarten Leistungen zu verzichten – Überschüsse erwirtschaften zu können, die er dann für seine persönlichen Zwecke verwenden darf.

## **8. Schlussbemerkungen**

Derzeit besteht berechtigte Hoffnung, dass die mit viel Engagement begonnene und intensivierte Reformdiskussion zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe zwischen Bund, Ländern, Interessenvertretungen, Trägerverbänden und Leistungsträgern einen nachhaltigen Reformprozess nicht nur der Eingliederungshilfe, sondern auch zur Fortsetzung der Teilha-

bereform des SGB IX und zur Umsetzung der Konvention der Vereinten Nationen in Gang setzt.

Ebenso sind die Überlegungen zur Einführung eines modernen und umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie zu einem neuen Begutachtungsassessment auf gutem Wege, wenngleich die Schnittstelle zur Behindertenhilfe noch nicht gelöst ist.

Entscheidend wird sein, ob diese Ansätze in der kommenden Legislaturperiode des Deutschen Bundestages bei der neuen Bundesregierung entsprechend weit oben auf der sozial- und gesellschaftspolitischen Agenda steht und der politische Wille besteht, die bis dahin weitgehend im Konsens erarbeiteten Reformvorschläge auch umzusetzen.

Das alles ist für die vielen ehrenamtlichen und professionellen Betreuer, Betreuungsbehörden und Betreuungsvereine und deren Arbeit nicht ohne Bedeutung.

Deshalb hoffe ich, dass ich mit meinen einleitenden Ausführungen über die Entwicklung in der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung einen guten und die Gespräche und Diskussionen befruchtenden Auftakt bieten konnte.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit