



Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe behinderter Menschen!

Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen in der Eingliederungshilfe

–wel– Die nachstehende Empfehlung wurde von der Arbeitsgruppe „Teilhabe“ des Deutschen Vereins unter Vorsitz von Herrn Klaus Lachwitz, Justitiar und stellvertretender Geschäftsführer der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V., erarbeitet und nach ausführlichen Beratungen im Fachausschuss „Rehabilitation und Teilhabe“ vom Präsidium des Deutschen Vereins in seiner Sitzung am 13. Juni 2007 verabschiedet.

Der Deutsche Verein richtet sich mit dieser Empfehlung an Bund, Länder, Sozialleistungsträger, Sozialleistungserbringer, Menschen mit Behinderungen und ihre Verbände. Sie alle sind gemeinsam in der Verantwortung, die Weiterentwicklung der Leistungsstrukturen in der Eingliederungshilfe zu betreiben. Diese Empfehlung soll dazu beitragen, dass die Grenzen der Leistungsformen aufgelöst werden und bis dahin der Grundsatz „ambulant vor stationär“ besser umgesetzt wird. Das Ungleichgewicht zwischen ambulanten und stationären Dienstleistungen, das unter anderem durch fehlende Angebote im ambulanten Bereich besteht, soll behoben werden.

Der Deutsche Verein ist der Auffassung, dass im Sinne eines „Gesamtkonzeptes der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und älterer Menschen“ die Trennung der Leistungsformen ambulant, teilstationär, stationär zu Gunsten einer Durchlässigkeit der Leistungsformen überwunden werden sollte. Hierzu bedarf es einer Neuausrichtung der Gesetzgebung, in der die Anknüpfung

der Leistungen an eine bestimmte Leistungsform – stationär, teilstationär oder ambulant – entbehrlich wird. Eine Differenzierung in der Erbringung von Leistungen der Sozialhilfe nach Leistungsformen, Leistungsorten oder Leistungsanbietern und eine Anknüpfung von Rechtsfolgen an eine bestimmte Leistungsform kann dann entfallen.

Der Deutsche Verein erwartet, dass sich seine Vorschläge sowohl positiv im Hinblick auf ein zielgerichteteres und effizienteres Leistungsangebot als auch auf die Kostenentwicklung in der Eingliederungshilfe auswirken werden. Die Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts und die Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe sollen erreicht werden.

Inhaltsverzeichnis:

Vorbemerkung.....	4
1. Das Ziel des Vorrangs ambulanter Leistungen.....	5
2. Begriffsdefinition.....	6
a) Aktuelle Gesetzeslage.....	6
b) Was versteht man unter stationär?.....	8
c) Ein neues Verständnis der Begrifflichkeiten.....	9
d) Folgen einer veränderten Begrifflichkeit.....	10
3. Sachliche Zuständigkeit.....	12
4. Hemmnisse im Bereich der Finanzierung bei der Umsetzung ambulanter Vorhaben.....	13
a) Investitionsförderung.....	13
b) Betriebskostenfinanzierung von Wohnheimen.....	14
5. Infrastruktur.....	14
6. Instrumente zur Verschmelzung ambulanter und stationärer Leistungen.....	16
a) Formen der Leistungsfinanzierung.....	16
<i>Persönliche Budgets und andere Pauschalen</i>	16
<i>Bundesteilhabegeld</i>	17
b) Handlungsansätze der Leistungsträger und Leistungserbringer.....	17
<i>Zielvereinbarungen</i>	18
<i>Fachleistungsstunden</i>	20
<i>Regionalbudgets</i>	21
<i>Modularisierung stationärer Leistungen</i>	21
7. Bewertungsmaßstäbe.....	22
8. Anforderungen an die Gesetzgeber im Sozialhilferecht.....	23
a) Einheitliche Zuständigkeiten.....	23
b) Leistungen für Einrichtungen, Vorrang ambulanter Leistungen und Mehrkostenvorbehalt, § 13 Abs. 1 SGB XII.....	24
c) Notwendiger Lebensunterhalt in Einrichtungen, § 35 SGB XII.....	24
d) Leistungserbringungsrecht, §§ 75 ff. SGB XII.....	25
e) Brutto/Nettoprinzip, § 92 Abs. 1 SGB XII.....	25
9. Anforderungen an den Gesetzgeber in sonstigen Sozialversicherungsbereichen und im Heimrecht.....	26
a) Leistungen der Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, § 43 a SGB XI.....	26
b) Ausbau der häuslichen Krankenpflege, § 37 SGB V.....	26
c) Heimrecht.....	27
10. Fazit.....	28

Vorbemerkung

Der Deutsche Verein hat bereits in seiner Stellungnahme „Entwicklung der Sozialhilfeausgaben für Menschen mit Behinderungen – Der Bundesgesetzgeber muss tätig werden!“ vom 12. März 2003 den Ausbau des ambulant betreuten Wohnens einschließlich der Familienpflege, die Differenzierung der Wohnformen, die Beseitigung der überkommenen strikten Dreiteilung („ambulant/teilstationär/stationär“) sowie eine einheitliche und zusammenhängende Unterstützung von Menschen mit Behinderungen durch Leistungen aus einer örtlichen/überörtlichen Hand gefordert.¹

Diese Forderungen haben die Regierungsparteien in ihrem Koalitionsvertrag vom 11. November 2006 aufgegriffen bzw. ergänzt, indem sie vereinbart haben, gemeinsam mit den Ländern, Kommunen und den Verbänden behinderter Menschen die Leistungsstrukturen der Eingliederungshilfe so weiterzuentwickeln, dass ein effizientes und leistungsfähiges System zur Verfügung steht. Einen zentralen Stellenwert messen sie hierbei dem Grundsatz „ambulant vor stationär“, der Verzahnung ambulanter und stationärer Dienste, der Leistungserbringung „aus einer Hand“ sowie der Umsetzung des Persönlichen Budgets bei.²

Die von den Koalitionsparteien genannten Grundsätze knüpfen an den Paradigmenwechsel an, den der Bundesgesetzgeber insbesondere mit dem im Jahr 2001 in Kraft gesetzten Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (Rehabilitation und Teilhabe – SGB IX) vollzogen hat. Danach sind behinderte Menschen nicht mehr „Objekte der Fürsorge“, sondern „Subjekte der Teilhabe“. Sie stehen im Mittelpunkt der für sie geltenden Leistungsgesetze und können beanspruchen, dass der Gesetzgeber bei künftigen Reformvorhaben im Bereich des Rehabilitations- und Teilhaberechts die in § 1 SGB IX benannten Ziele beachtet, d. h. die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft fördert und Benachteiligungen vermeidet oder ihnen entgegenwirkt.

Ausgehend von diesem Grundanliegen des SGB IX sind Reformansätze zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe vor allem daran zu messen, ob sie geeignet sind, den

¹ Entwicklung der Sozialhilfeausgaben für Hilfen für Menschen mit Behinderungen – Der Bundesgesetzgeber muss tätig werden!, NDV 2003, 121–125.

² Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005, Zeile 4123–4128.

individuell gegebenen Bedarf nach Maßgabe des SGB XII zu decken und das Wunsch- und Wahlrecht behinderter Menschen zu beachten.

Der Deutsche Verein richtet sich im Folgenden an Bund, Länder, Sozialleistungsträger, Sozialleistungserbringer, Menschen mit Behinderungen und ihre Verbände. Sie alle sind gemeinsam in der Verantwortung, die Weiterentwicklung der Leistungsstrukturen in der Eingliederungshilfe zu betreiben. Diese Empfehlungen sollen dazu beitragen, dass die Grenzen der Leistungsformen aufgelöst werden. Bis zur vollständigen Überwindung der getrennten Leistungsstrukturen soll der derzeit in § 13 Abs. 1 Satz 2 SGB XII verankerte Grundsatz des Vorrangs ambulanter vor stationärer Leistungen bessere Umsetzung erfahren. Das Ungleichgewicht zwischen ambulanten und stationären Dienstleistungen, das unter anderem durch fehlende Angebote im ambulanten Bereich besteht, soll behoben werden.

1. Das Ziel des Vorrangs ambulanter Leistungen

Das Ziel des Vorrangs ambulanter Leistungen muss sich an dem mit dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch vollzogenen Paradigmenwechsel orientieren. Im Mittelpunkt steht der behinderte Mensch und sein individueller Bedarf. Ziel des mit dem SGB IX verfolgten Paradigmenwechsels ist die Teilhabe behinderter Menschen an der Gesellschaft.

In der Praxis erlangt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ in der Eingliederungshilfe vor allem Bedeutung im Wohnbereich. Derzeit wird nur etwa ein Drittel der Bezieher und Bezieherinnen von Leistungen der Eingliederungshilfe ambulant und der überwiegende Anteil stationär betreut.³ Für die Suche der geeigneten Wohnform muss neben dem individuellen Bedarf ausgehend vom Selbstbestimmungsrecht behinderter Menschen ihr Wille handlungsleitend sein. Die Infrastruktur soll es Menschen mit Behinderungen ermöglichen, wohnortnah unter mehreren Angeboten zu wählen. Ambulante Leistungen tragen erheblich dazu bei, die Lebenssituation behinderter Menschen zu normalisieren und eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

³ Statistisches Bundesamt: Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, S. 2, Mai 2006.

Die von der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe veröffentlichte „Erhebung zur Entwicklung der Fallzahlen in der Eingliederungshilfe“⁴ zeigt, dass bisher im Bereich des Wohnens zu wenige ambulante Angebote für behinderte Menschen zur Verfügung stehen. Gerade im Sektor des ambulant betreuten Wohnens besteht ein erheblicher Nachholbedarf. Es ist deshalb richtig und wird vom Deutschen Verein ausdrücklich unterstützt, dass in Zukunft ambulante Leistungsstrukturen gestärkt und ausgebaut werden.

2. Begriffsdefinition

Sowohl in den verschiedenen Bundesländern als auch in den diversen Fachgebieten werden die Begriffe „ambulant“ und „stationär“ sehr unterschiedlich verwendet. Dies hat seinen Grund in den unterschiedlichen Funktionen, die den Begriffen und der Unterscheidung der Leistungsformen im bisherigen Recht und Verständnis zukommen.

Der Deutsche Verein ist der Auffassung, dass im Sinne eines „Gesamtkonzeptes der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und älterer Menschen“⁵ die Trennung der Leistungsformen ambulant, teilstationär, stationär zu Gunsten einer Durchlässigkeit und Flexibilität der Leistungsformen überwunden werden sollte.⁶ Ausgehend vom individuellen Bedarf ist abzustellen auf die Maßnahmen, die an das Recht auf Selbstbestimmung und an die Lebenssituation der behinderten Menschen anknüpfen und fließende Übergänge zwischen den einzelnen Leistungsformen ermöglichen.

a) Aktuelle Gesetzeslage

Nach § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB XII sind „ambulante Leistungen“ solche, die außerhalb von Einrichtungen erbracht werden. Einrichtungen im Sinne dieser Vorschrift sind alle Einrichtungen, die der Pflege, der Behandlung oder sonstigen nach diesem Buch zu

⁴ Entwicklung der Fallzahlen in der Eingliederungshilfe, NDV 2007, 33 ff.

⁵ Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005, Zeile 4203–4204.

⁶ Erste Überlegungen des Deutschen Vereins für ein Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen und ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, NDV 2006, 306–310.

deckenden Bedarfe oder der Erziehung dienen (§ 13 Abs. 2 SGB XII). In der Auslegung der Zuständigkeitsvorschriften des BSHG, deren Einrichtungsbegriff im SGB XII weitgehend übernommen wurde, bedeutet Einrichtung den „in einer besonderen Organisationsform unter verantwortlicher Leitung zusammengefassten Bestand an persönlichen und sächlichen Mitteln, der auf eine gewisse Dauer angelegt und zur Benutzung durch einen größeren, wechselnden Personenkreis bestimmt ist. Ihre Ausstattung und ihr Betrieb sind bedingt durch die Intensität und Dauer der zweckentsprechenden Pflege- und Eingliederungsmaßnahmen. Sie dient der vollständigen Unterbringung und Versorgung sowie der Kontrolle, Beaufsichtigung oder sonstigen Betreuung der hilfebedürftigen Personen bei Tag und Nacht. Betreuungspersonal ist ständig anwesend, die Versorgung der Betreuten organisiert.“⁷

Der Begriff der Einrichtung muss präzisiert werden. Er ist zur Einordnung der Begriffe ambulant und stationär entscheidend. Angesichts des Vorhabens, die Grenzen der Leistungsformen aufzulösen und bis dahin den Vorrang ambulanter vor stationären Leistungen zu stärken, ist herauszuarbeiten, welche Modifizierungen hierfür erforderlich wären. Zu diesem Zweck werden die unterschiedlichen Zusammenhänge, in denen der Begriff der stationären Einrichtung verwendet wird, untersucht.⁸

In §§ 9 und 13 SGB XII dient die Begrifflichkeit der „stationären Einrichtung“ dazu, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu realisieren und den Wünschen der Leistungsberechtigten Rechnung zu tragen.

Die umfangreichste Nennung des Begriffs „stationär“ findet sich im Zusammenhang mit den Leistungen der 3. bis 9. Kapitel des SGB XII. Dort wird bei der Benennung und Festlegung des Umfangs der Leistungen die Leistungserbringung in stationären Einrichtungen erwähnt. Über faktisch alle Leistungsbereiche findet sich die Verwendung des Begriffs stationär: bei der Hilfe zum Lebensunterhalt (§ 35 SGB XII), bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§ 42 SGB XII), bei den Hilfen zur Gesundheit (§ 50 SGB XII), bei der Eingliederungshilfe (§§ 54, 55 SGB XII), bei der Hilfe zur Pflege

⁷ Vgl. Deutscher Verein, Gutachten vom 16. Dezember 1996 – G 91/96, NDV 1997, 56 f.; Fichtner, in: Fichtner, O./Wenzel, G.; Kommentar zur Grundsicherung, § 13 Rdnr. 8, 12 m.N.: VGH Mannheim, FEVS 49, 250, 251; W. Schellhorn, in: Schellhorn/Schellhorn/Hohm, SGB XII, 17. Aufl. 2006, § 106 Rdnr. 20 ff. m. w. Nachw.

(§§ 61, 63 SGB XII) und bei der Hilfe in anderen Lebenslagen (§§ 70, 72 SGB XII). Der Begriff dient hier der groben Beschreibung von Leistungen in einer bestimmten Form. Er wird hier anders gebraucht als im Kontext der Abgrenzung von ambulant und stationär. Neben dem Begriff stationär werden auch die Begriffe teilstationär und vollstationär verwendet.

Auch im Rahmen der Regelungen zum Einsatz des Einkommens wird die Form bzw. der Ort der Leistung berücksichtigt (§§ 85 Abs. 3, 88 Abs. 2, 92, 92 a SGB XII).

Des Weiteren wird der Begriff der stationären Einrichtung im Leistungserbringungsrecht verwandt. §§ 75 ff. SGB XII legen fest, dass bei der Leistungserbringung unter anderem in stationären Einrichtungen entsprechende Vereinbarungen abzuschließen sind.

Weiterhin ist der Begriff der „stationären Leistung“ bei den Zuständigkeiten und damit zusammenhängend bei den Kostenerstattungen zwischen den Trägern der Sozialhilfe genannt, §§ 97, 98, 106 SGB XII.

Eine umfangreiche Verwendung findet der Begriff der stationären Einrichtung auch im Leistungs- und Leistungserbringungsrecht des SGB XI. Der Begriff der vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen dient in den in § 43 a SGB XI genannten Fällen der Abgrenzung hinsichtlich der Kostentragungspflicht der Pflegekassen für einen pauschalen Erstattungsanspruch des Sozialhilfeträgers gegenüber der Pflegekasse. Der zuständige Rehabilitationsträger ist im Regelfall der Sozialhilfeträger, mit dem der Einrichtungsträger eine Vereinbarung abgeschlossen haben muss, wenn er seine Leistungen mit ersterem abrechnen will.

b) Was versteht man unter stationär?

Die Darstellung der unterschiedlichen Bedeutung, die dem Begriff der stationären Einrichtung in den verschiedenen Regelungsbereichen zukommt, hat verdeutlicht, dass der Begriff aus seinem Sinnzusammenhang heraus ausgelegt werden muss. Eine allgemeingültige abstrakte Definition des Begriffs der stationären Einrichtung, insbesondere in

⁸ Vgl. zum Ganzen auch Münder, J.: „Stationäre Einrichtungen im Sinne des § 7 Abs. 4 SGB II“, 2. Kapitel: „Die Verwendung des Begriffs ‚stationäre Einrichtung‘ in sozialrechtlichen Zusammenhängen“, 4–8, Berlin, 27.07.2006, http://www.diakonie-portal.de/Members/eui/Dokumente/SGB_II/File_1154511128.

Abgrenzung zur ambulanten Einrichtung, ist im Hinblick auf die unterschiedlichen kontextuellen Bedeutungsgehalte nicht möglich. Die Verwendung des Begriffs im Gesetz zeitigt regelmäßig noch keine bestimmte leistungsrechtliche Rechtsfolge. Für die Benennung und Festlegung des Umfangs der Leistungen ist die Leistungsform nicht von entscheidender Bedeutung.

Hierfür spricht auch, dass der Begriff der Einrichtung von seiner Wortbedeutung her nicht zwischen den genannten Leistungsformen unterscheidet. Aus § 13 SGB XII bzw. dem früheren § 97 Abs. 4 BSHG ergibt bzw. ergab sich ein einheitlicher Einrichtungsbegriff, der aus den bisherigen Begriffen „Anstalt“, „Heim“ und „gleichartige Einrichtung“ abgeleitet wird bzw. wurde.

c) Ein neues Verständnis der Begrifflichkeiten

Die Zuordnung zu einer bestimmten Leistungsform wird für die Bestimmung der Leistung zu Gunsten eines behinderten Menschen nicht benötigt. Den Begriffen und der Unterscheidung „ambulant“ und „stationär“ kommt, abgesehen von den aufgezeigten Anwendungsbereichen, keine Funktion zu. Zur Beschreibung des Leistungsgeschehens können als definitorische Merkmale das Vorhandensein von Personal- und Sachmitteln und die Inanspruchnahme durch Benutzer angesehen werden. Es kann offen bleiben, wo und wie die Personal- und Sachmittel in Bezug auf die Benutzer/innen organisiert sind, ob die Benutzer/innen einen Ort aufsuchen müssen, an dem die Infrastruktur vorgehalten wird, oder ob diese so organisiert ist, dass die Leistung bei den Benutzer/innen (z.B. an deren Wohnort) erbracht wird.

Auch in den §§ 75 ff. SGB XII benutzt der Gesetzgeber einen Einrichtungsbegriff, für den eine Differenzierung der Leistungsformen entbehrlich ist, denn nach § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB XII findet das Leistungserbringungsrecht auch für Dienste, das heißt für alle Organisationen, die ambulante Leistungen erbringen, Anwendung.

Es ist insofern festzustellen, dass die Begriffe „ambulant“ und „stationär“ im Leistungs- und Leistungserbringungsrecht durch die Beschreibung der Leistung bzw. einer Kombination verschiedener Leistungen ersetzt werden könnten. Auch

die Differenzierung zwischen „Einrichtung“ und „Dienst“ würde damit obsolet und könnte in Gänze durch den Begriff des Leistungsanbieters, der verschiedene Leistungen erbringt, ersetzt werden. Für die Frage, welche Leistungen in Anspruch genommen werden können, ist nach wie vor der ermittelte Bedarf entscheidend.

d) Folgen einer veränderten Begrifflichkeit

Um die oben erläuterte neue Systematik konsequent umzusetzen, dass sich die Eingliederungshilfeleistung nicht mehr anhand der Begriffe „ambulant“ und „stationär“ definiert, sondern nur durch den ermittelten Bedarf und die Klärung der Verantwortungsübernahme bestimmt wird, werden Gesetzesänderungen erforderlich. Insbesondere Vorschriften, die zwischen ambulanten und stationären Leistungen unterscheiden, werden verändert werden müssen.

Aufgrund der Ersetzung der besonderen Leistungsform „stationär“ durch eine Kombination von Leistungen ist möglicherweise in Zukunft die Frage nach einer Gesamtverantwortung für die verschiedenen Einzelleistungen gesondert zu klären. Gegebenfalls wird eine Festlegung der Verantwortungsübernahme erforderlich. Hierbei ist das Selbstbestimmungsrecht des behinderten Menschen im besonderen Maße zu berücksichtigen.

Von den erforderlichen Gesetzesänderungen sind insbesondere die folgenden Vorschriften betroffen, deren konkreter Änderungsbedarf im Kapitel 8 und 9 dieser Empfehlung vertieft wird:

Im Zuständigkeitsrecht und damit zusammenhängend im Kostenerstattungsrecht hat der Bundesgesetzgeber mit § 97 Abs. 2 Satz 2, Abs. 3 und Abs. 4 SGB XII schon Weichen zur Gleichstellung von ambulant und stationär gestellt. Zur Schaffung einheitlicher Regelungen für ambulante und stationäre Angebote sind die Landesgesetzgeber gefordert. Auch die §§ 98, 106 SGB XII müssten an die veränderte Begrifflichkeit angepasst werden.

Aus § 13 Abs. 1 SGB XII bleibt nach der rechtlichen Umsetzung der Durchlässigkeit der Leistungsformen nur die Regelung zur individuellen Bedarfsdeckung unter Einbeziehung des Mehrkostenvorbehalts bestehen.

Für den Bereich der Pflege ist die Umsetzung der vorstehenden Vorschläge in gleicher Weise denkbar. Es muss sichergestellt werden, dass unabhängig vom jeweiligen Aufenthaltsort des Menschen mit Pflegebedarf Pflegeleistungen durch die Pflegeversicherung erbracht werden. Der § 43 a SGB XI ist daher entsprechend anzupassen. Ziel im Sinne des bereits erwähnten Gesamtkonzeptes ist es dabei, die Begrifflichkeit des SGB XI an die des SGB XII anzugleichen.

Des Weiteren würde eine Vereinheitlichung der Leistungsformen und damit einhergehend ihrer Finanzierung auch die zur Zeit bestehenden Unterschiede zwischen der Hilfe zum Lebensunterhalt innerhalb und außerhalb einer Einrichtung aufheben. In stationären Einrichtungen erfolgt die Leistung für Bekleidung und des Barbetrages neben einem fingiert berechneten Betrag an Hilfe zum Lebensunterhalt, § 35 SGB XII. Eine Vereinheitlichung der Leistungsformen würde zu einer Gleichbehandlung in Bezug auf die Höhe der Leistungen führen, so dass es auch hinsichtlich des Barbetrages keine Rolle mehr spielen würde, ob ein identisches Angebot mit dem Begriff des „ambulanten Einzelwohnens“ oder des „stationären Einzelwohnens“ gekennzeichnet würde.

Ebenfalls betroffen von der Aufhebung der Betrachtung verschiedener Leistungsformen ist das Bruttoprinzip (§ 92 Abs. 1 SGB XII). Hiernach haben die Sozialhilfeträger Leistungen an behinderte Menschen in stationären Einrichtungen, Tageseinrichtungen oder für ärztliche oder ärztlich verordnete Maßnahmen in vollem Umfang auch dann zu erbringen, wenn der betroffenen Person nach § 19 Abs. 3 SGB XII die Aufbringung der Mittel für die Leistung teilweise zuzumuten ist.

In Bezug auf den Ordnungsrahmen von durchlässigen Leistungsformen, insbesondere auch hinsichtlich der Pflichten und Verantwortlichkeiten der Leiter/innen einer durchlässigen Leistungsform, müssten die oben genannte Veränderungen einhergehen mit den ohnehin zu erwartenden Änderungen im Heimgesetz, für das die Gesetzgebungskompetenz nach der Föderalismusreform auf die Landesebene verlagert worden ist.

Dies führt zu dem Ergebnis, dass die gesetzlichen Regelungen geändert werden müssen. Der Deutsche Verein plädiert für eine Neuausrichtung der genannten Gesetze, in der die Anknüpfung der Leistungen an eine bestimmte Leistungsform –

stationär, teilstationär oder ambulant – entbehrlich wird. Eine Differenzierung in der Erbringung von Leistungen der Sozialhilfe nach Leistungsformen, Leistungsorten oder Leistungsanbietern und eine Anknüpfung von Rechtsfolgen an eine bestimmte Leistungsform könnten dann entfallen.

3. Sachliche Zuständigkeit

Der Deutsche Verein hat sich bereits in seiner Stellungnahme aus dem Jahr 2003⁹ gegen geteilte sachliche Zuständigkeiten für ambulante und stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe ausgesprochen. Denn geteilte Zuständigkeiten setzen voraus, dass Leistungen für Menschen mit Behinderungen als ambulant oder stationär definiert werden müssen, und behindern daher ein flexibles und durchlässiges Leistungssystem.

In vielen Ländern wurden die sachlichen Zuständigkeiten für ambulante und stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe mittlerweile zusammengeführt und infolgedessen Maßnahmen zur Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ initiiert. Die Sach- und Finanzverantwortung aus einer Hand ermöglicht, dass Leistungsformen durchlässiger gestaltet werden können, und die gemeinsame Finanzverantwortung vermeidet Interessenkonflikte bei der Finanzierung einer bestimmten Leistungsform.

Hierbei ist zu beachten, dass für die Klärung der sachlichen Zuständigkeit nach § 97 SGB XII nicht mehr – wie ehemals nach § 100 Abs. 1 Nr. 1 BSHG – zwischen ambulanten, stationären und teilstationären Leistungen unterschieden wird. Vielmehr legt § 97 Abs. 1 SGB XII fest, dass der örtliche Sozialhilfeträger für die Sozialhilfe sachlich zuständig ist, soweit nicht der überörtliche Sozialhilfeträger sachlich zuständig ist. Die sachliche Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe wird nach Landesrecht bestimmt (§ 97 Abs. 2 Satz 1 SGB XII). Die Trennlinie verläuft also nicht mehr zwischen ambulant und stationär bzw. teilstationär, sondern zwischen den Maßnahmeleistungen nach den Kapiteln sechs bis neun einerseits und den Lebensunterhaltsleistungen der

⁹ Entwicklung der Sozialhilfeausgaben für Hilfen für Menschen mit Behinderungen – Der Bundesgesetzgeber muss tätig werden!, NDV 2003, 121–125.

Kapitel drei und vier andererseits. Dies ist bei der Ausgestaltung des Landesrechts zu beachten.

Um fließende Übergänge zwischen verschiedenen Leistungsformen zu ermöglichen, ist es notwendig, die Einheitlichkeit der sachlichen Zuständigkeiten für ambulante und stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe in einer Hand zu belassen bzw. zu bündeln. Auch sollten Anreize zur Stärkung des ambulanten Bereichs gesetzt werden.

4. Hemmnisse im Bereich der Finanzierung bei der Umsetzung ambulanter Vorhaben

Neben den oben erläuterten Zuständigkeitsfragen können verschiedene Aspekte der derzeitigen Finanzierung von Wohnheimen bei Umwandlungen und sonstigen Veränderungen in ambulante Maßnahmen zu Problemen führen.

a) Investitionsförderung

Die Grundsätze der Investitionsförderung hemmen die Umsetzung ambulanter Vorhaben. Der Investitionsförderung und der Vergabe langfristiger zinsgünstiger Darlehen liegt eine langfristige Planung der Länder zu Grunde, die den von öffentlicher Hand geschätzten Bedarf berücksichtigt und die eine über viele Jahre hinweg erforderliche Tilgung der Darlehen und Abschreibung der Immobilien vorsieht. Bei dieser langfristigen Planung, die in der Regel eine mehrjährige Vorlaufzeit in Anspruch nimmt, gingen die Beteiligten meistens davon aus, dass keine Alternativen zu stationären Wohnformen existieren. Deshalb sind folgerichtig hinsichtlich der Zweckbindung und Abschreibung von Gebäuden nebst Ausstattung sowie der Tilgung von Darlehen langjährige Zeiträume zu Grunde gelegt worden. Wenn nunmehr im Rahmen einer anderen Schwerpunktsetzung zu Gunsten ambulanter Alternativen die ursprünglich angenommene jahrelange Nutzung als Wohnheim nicht mehr das Ziel ist, stellt sich für die Träger der betroffenen Wohnheime die Frage, ob die öffentlichen Zuwendungsgeber Rückforderungsansprüche wegen Zweckverfehlung geltend machen. Um insoweit möglichst frühzeitig Klarheit zu erlangen, ist es wichtig, dass Zuwendungsgeber und Zuwendungsnehmer rechtzeitig ins

Gespräch kommen, damit bereits auf Grundlage der aktuellen rechtlichen Vorgaben (Förderrichtlinien, Auflagen in Zuwendungsbescheiden etc.) Lösungen gefunden werden können, die einer Realisierung des Vorrangs ambulanter Maßnahmen nicht im Wege stehen. Selbstverständlich ist es wichtig, auch auf eine generelle Anpassung der Förderbestimmungen hinsichtlich der Angleichung der Leistungsformen hinzuwirken.

Im Hinblick auf die Aufhebung der Unterscheidung zwischen stationären und ambulanten Leistungen ist es außerdem erforderlich, die bisher praktizierte institutionsorientierte Förderung zu überprüfen und neue Wege aufzuzeigen.

b) Betriebskostenfinanzierung von Wohnheimen

Auch die Systematik der Betriebskostenfinanzierung der Wohnheime kann sich bei der beabsichtigten Schwerpunktsetzung zugunsten ambulanter Maßnahmen hinderlich auswirken. Diese Systematik sieht bisher vor, dass nur belegte Plätze finanziert werden. Auf der anderen Seite kann es nicht richtig sein, dass der Kostenträger nicht belegte Plätze vollständig kompensiert, denn dann würde die Schere zwischen individuellem Hilfebedarf und gezahltem Preis ohne fachliche Rechtfertigung auseinander gehen.

Diesbezüglich müssen flexible Lösungen gefunden werden. Solche Lösungen müssen zum einen dem Träger der Einrichtung Zeit für eine Budgetanpassung lassen und zum anderen sicherstellen, dass die erforderlichen Leistungen für die in der Einrichtung verbleibenden Menschen auch über die Übergangszeit hinaus gesichert werden.

5. Infrastruktur

Die Rehabilitationsträger wirken gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin, dass die fachlichen und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen, § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IX. Bisher fehlen vielfach ausreichende ambulante Strukturen. Dabei ist der Grad des Aufbaus ambulanter Leistungsstrukturen regional sehr unterschiedlich, was darauf hinweist, dass insgesamt weitaus mehr Menschen mit Behinderungen ambulant unterstützt werden könnten. Grund für die noch geringen

ambulanten Angebote ist neben der historisch gewachsenen vornehmlich stationären Leistungsstruktur, dass, möglicherweise bedingt durch die bisher noch häufig getrennten Zuständigkeiten der Sozialhilfeträger, eine gezielte Umsteuerung bislang nur wenig bis gar nicht wahrgenommen werden konnte und auf der anderen Seite den Einrichtungsträgern selbst häufig der Anreiz zum verstärkten Ausbau ambulanter Angebote fehlt. Menschen, die Angebote im Bereich der Eingliederungshilfe benötigen, sind teilweise gezwungen, ihren Wohnort zu wechseln. Dies widerspricht in besonderem Maße dem oben beschriebenen Ziel von Gemeindeorientierung. Um ambulante Angebote zu vermehren, ist es notwendig, einerseits die begriffliche und finanzielle Trennung von ambulant und stationär aufzuheben, andererseits Investitionen im ambulanten Bereich, z.B. durch kooperative, die ambulanten Leistungen fördernde Vereinbarungen, zu unterstützen.

Außerdem müssen begünstigende Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte ambulante Unterstützung behinderter Menschen geschaffen werden. Hierzu gehören wohnortintegrierte Leistungsangebote, niedrighschwellige Unterstützungsleistungen, wie Beratungs- und Begegnungsmöglichkeiten sowie Krisendienste, wohnprojektgebundene Hilfen, wie mobile Hausmeisterdienste und Haushaltshilfen, die Herstellung von Barrierefreiheit in Bezug auf öffentliche Wege, öffentliche Verkehrsmittel, öffentliche wie privat-gewerblich genutzte Gebäude, bezahlbarer und barrierefreier Wohnraum und die Nutzbarkeit vorhandener gemeindlicher Infrastruktur für Menschen mit Behinderungen (z.B. Schwimmbäder und Sportstätten, Freizeiteinrichtungen, Kulturangebote).

Der Deutsche Verein weist ausdrücklich auch darauf hin, dass die Förderung ambulanter Unterstützungsformen im Bereich des Wohnens einhergehen muss mit neuen Konzepten der Teilhabe am Arbeitsleben.

6. Instrumente zur Verschmelzung ambulanter und stationärer Leistungen

a) Formen der Leistungsfinanzierung

Persönliche Budgets und andere Pauschalen

Die Form der Leistungsfinanzierung, die bereits nach geltendem Recht darauf abzielt, konsequent die Grenzen zwischen ambulanten, stationären oder teilstationären Leistungen aufzuheben, ist das Persönliche Budget nach § 17 SGB IX. Die Innovation des Persönlichen Budgets liegt gerade darin begründet, dass der oder die Budgetnehmer/in selbst Leistungen oder eine Kombination aus Leistungen unabhängig von ihrer Identifikation als ambulant oder stationär einkaufen kann. Durch die mit dem Persönlichen Budget verbundene Stärkung der Selbstbestimmung behinderter Menschen ist außerdem zu erwarten, dass im Rahmen Persönlicher Budgets mehr ambulante als stationäre Angebote nachgefragt werden. Das für die Eingliederungshilfe typische „Dreiecksverhältnis“ zwischen Leistungsberechtigten, Sozialleistungsträgern und Leistungserbringern wird beim Persönlichen Budget aufgehoben zugunsten einer verstärkten Dispositionsfreiheit der Leistungsempfänger/innen. Der Deutsche Verein hat in seinen empfehlenden Hinweisen zur Umsetzung Persönlicher Budgets vom 7. März 2007¹⁰ auf die derzeit bestehenden Umsetzungshemmnisse hingewiesen und Vorschläge zur besseren Implementierung vorgestellt.

Auch andere Formen von Pauschalen, z.B. leistungsartbezogene Geldpauschalen (Familienentlastungspauschalen für Familien mit behinderten Kindern, Beförderungspauschalen, Pauschalen zur gastweisen Unterbringung behinderter Familienangehöriger) sind geeignet, behinderte Menschen in die Lage zu versetzen, als Kunde/Kundin und Einkäufer/in passgenauer Dienstleistungen aufzutreten, ohne dass das komplizierte Budgetbewilligungs- und Zielvereinbarungsverfahren vorgeschaltet oder die Leistung in einer Vereinbarung nach §§ 75 ff. SGB XII bereits umfassend vorgegeben ist.¹¹

¹⁰ Empfehlende Hinweise des Deutschen Vereins zur Umsetzung Persönlicher Budgets nach SGB XI, NDV 2007, 105–111.

¹¹ Gitschmann, P: „Herausforderungen und Perspektiven der Eingliederungshilfe“, standpunkt: sozial, Nr. 3/2006.

Eine weitere Möglichkeit, um zu einer einheitlicheren Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen zu gelangen, sind bedarfsdeckende Fallpauschalen für bestimmte Bedarfslagen. Denkbar ist die Entwicklung von verschiedenen, im Bedarf unterschiedlich definierten Fallpauschalen der Eingliederungshilfe, denen entsprechende Entgelte zugewiesen werden. In welcher Leistungsform die Entgelte Verwendung finden, wäre bei einer solchen Finanzierungsform unerheblich.

Bundesteilhabegeld

Die Einführung eines Bundesteilhabegeldes¹² und vor allem des ihm zu Grunde liegenden Denkmodells einer pauschalierten Form des Nachteilsausgleichs als neue Leistung würde die Voraussetzungen dafür schaffen, Menschen mit Behinderungen eine selbstbestimmte Verwendung dieser Leistung zu ermöglichen. Es würde die Möglichkeit eröffnen, eventuell auftretende Lücken bei ambulanten Leistungen im Hinblick auf die besonderen Bedarfslagen behinderter Menschen im Alltagsleben bzw. zur Überwindung bestehender Barrieren zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auszugleichen. Das Bundesteilhabegeld würde insofern einen erheblichen Beitrag leisten für die Umsetzung des Vorrangs von ambulanten gegenüber stationären Leistungen.

b) Handlungsansätze der Leistungsträger und Leistungserbringer

Der Deutsche Verein hat anhand der Fragestellung, wie die oben beschriebene Fehlsteuerung überwunden werden kann und die genannten Ziele umgesetzt werden können, beispielhaft einige Handlungsansätze von Leistungsträgern und Leistungserbringern betrachtet. Ausgangspunkte der Handlungsoptionen sollen der individuelle Bedarf und die Wünsche der betroffenen pflegebedürftigen, behinderten und älteren Menschen sein. Um zu einer Verschmelzung ambulanter und stationärer Leistungen zu gelangen, ist es auch erforderlich, Leistungsträger und Leistungserbringer bei der Lösung ihrer dadurch entstehenden Probleme zu unterstützen. Außerdem müssen die Rahmenbedingungen und unterschiedlichen Ausgangspunkte, die für das Handeln der Träger der Sozialhilfe einerseits und die Einrichtungen und Dienste andererseits bestimmend sind, einbezogen werden.

¹² Empfehlung des Deutschen Vereins zur Einführung eines bundesfinanzierten Teilhabegeldes – Bundesteilhabegeld, NDV 2005, 1 ff.

Der Deutsche Verein verkennt nicht, dass mit dem Aufbau von ambulanten Angeboten für die Einrichtungen und Dienste ebenso wie für die Träger der Sozialhilfe wirtschaftliche Chancen und Risiken verbunden sind. Wettbewerbliche Anreize stehen betriebswirtschaftlichen Risiken gegenüber; marktwirtschaftliche Ansätze müssen mit der sozialleistungsrechtlichen Steuerung in Einklang gebracht werden. Bei alledem müssen Mindeststandards und Qualität der Leistungen sichergestellt werden, z.B. durch entsprechende Vereinbarungen zwischen den Leistungsträgern und den Anbietern.

Bei der Umsetzung der Ziele zeichnen sich regionale Unterschiede ab. Einerseits findet sich in manchen Regionen eine Angebotsvielfalt mit wettbewerblichen Strukturen, andererseits bedarf es etwa in der Fläche oft der Unterstützung bei der Entstehung neuer Angebote und Infrastrukturen. Die nachstehend skizzierten Konzepte sind vor dem geschilderten Zusammenhang auch im Hinblick auf ihre Tauglichkeit für die örtlichen Gegebenheiten zu prüfen. Sie verstehen sich damit nicht als Patentrezepte, sondern als Anstoß und Gedankenimpulse für die Weiterentwicklung der Leistungen. Alle dargestellten Handlungsansätze veranschaulichen, dass die Weiterentwicklung der Leistungsstrukturen in der Eingliederungshilfe bereits begonnen hat und dass deutschlandweit Versuche unternommen werden, um das System der gesetzlich manifestierten strikten Dreiteilung zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen zu überwinden.

Zielvereinbarungen

Bundesweit gibt es derzeit Bestrebungen, Impulse zum Ausbau der ambulanten Leistungen durch entsprechende Zielvereinbarungen zu setzen. Hierbei werden entsprechende Verträge zwischen den Anbieterverbänden und den Sozialhilfeträgern geschlossen. Aktuelle Beispiele hierfür sind die Rahmenzielvereinbarungen in Nordrhein-Westfalen und das Hamburger „Ambulantisierungsprogramm“.

Die **Hamburger Sozialbehörde** hat sich für die Jahre 2006 bis 2008 zum Ziel gesetzt, dass deutlich mehr Menschen mit Behinderungen als bisher ambulant in ihrem eigenen Wohnraum betreut werden können. Dafür sollen zunächst ca. 800 stationäre Plätze (von

ca. 2.400 in Hamburg gelegenen Plätzen für geistig und mehrfach behinderte Menschen) in ambulant betreutes Wohnen umgewandelt werden. Dabei ist das Anliegen, den Vorrang ambulanter Leistungen zu stärken, zum gemeinsamen Ziel aller Beteiligten geworden. Die Leistungen sollen individueller und passgenauer gestaltet werden und eine größere Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Angeboten, Angebotsformen und Anbietern und damit eine größere Vielfalt an Angeboten entstehen lassen. Zentrales Element des Hamburger „Ambulantisierungsprogramms“ ist die „ambulant betreute Wohngemeinschaft“, die gegebenenfalls mit geringfügigen Umbau- und Umgestaltungsmaßnahmen aus bisher stationären, dezentralen und stadtteilintegrierten Wohngruppen entsteht und es den behinderten Menschen künftig ermöglicht, dort als Mieter/in in eigenem Wohnraum zu leben und ambulante Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen. Den beteiligten Trägern wird durch die Zahlung eines zeitlich befristeten, degressiven „Strukturausgleichs“ ermöglicht, die besonderen, vorübergehenden Lasten der Umwandlungen zu bewältigen.

Die **Rahmenzielvereinbarung in NRW**¹³ sieht vor, dass 5 % der Ende des Jahres 2005 insgesamt ca. 40.000 bestehenden Wohnheimplätze für Menschen mit Behinderungen bis Ende 2008 abgebaut werden sollen. Im Hinblick auf die demografische Entwicklung und die hierdurch bedingte Zunahme von Menschen mit Behinderungen, die im Zeitraum der Rahmenzielvereinbarung erstmals Leistungen der Eingliederungshilfe beanspruchen, setzt dies voraus, dass bis zum 31. Dezember 2008 ca. 9 % der im Dezember 2005 stationär betreuten Menschen zu ambulanten Leistungsformen wechseln. Die Vertragsparteien rechnen mit einer nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität der Menschen mit Behinderungen und mit Einsparungen in Höhe von ca. 50 Millionen € jährlich im Bereich der Eingliederungshilfe. Der Vertrag enthält als Anreiz erfolgsabhängige Sonderzahlungen in Höhe von 1 % Entgeltsteigerung der Grund- und Maßnahmenpauschale für diejenigen Einrichtungen, die mit den beiden Landschaftsverbänden Rheinland und Westfalen-Lippe eine Zielvereinbarung hinsichtlich des Abbaus von Wohnheimplätzen und einer Verringerung des derzeitigen Budgets treffen. Außerdem werden je abgebautem Platz differenzierte Prämien gezahlt beziehungsweise sind sog. „Übergangsbudgets“ vorgesehen, um Einrichtungen einen Erprobungsspielraum zur Umstrukturierung nach

¹³ NRW-Rahmenzielvereinbarung zwischen der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und den Landschaftsverbänden zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter fachlichen und finanziellen Aspekten vom 09.05.2006, <http://www.lwl.org/spur-download/bewo/Rahmenzielvereinbarung.pdf>

eigenen konzept- und bewohnerbezogenen Rahmenbedingungen (Fachleistungsstundenzahl, Tagesstruktur, zeitliche und methodische Hilfestellung) zu ermöglichen. Wesentlicher Bestandteil der nordrhein-westfälischen Rahmenzielvereinbarung ist der Grundsatz, dass der Wechsel aus Wohnheimen ausschließlich auf freiwilliger Basis erfolgen darf und niemand gezwungen werden kann, gegen seinen Willen ein Wohnheim zu verlassen. Die nordrhein-westfälische Rahmenzielvereinbarung verfolgt den Anspruch, einen wichtigen fachlichen Beitrag zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe zu leisten. Daher ist es Voraussetzung jeder Zielvereinbarung mit einem Wohnheimträger, dass mit ihm eine Konzeption zum Wohnverbund vereinbart wird, die für die Menschen mit Behinderungen flexible Übergänge von stationären zu ambulanten Leistungen und, soweit erforderlich, auch von ambulanten zu stationären Maßnahmen gewährleistet. Notwendiger Bestandteil einer solchen Konzeption ist außerdem die Klarstellung, dass sich die ambulant betreuten Menschen mit Behinderungen ihren Leistungsanbieter selbst aussuchen können, ohne hierdurch Konsequenzen für den Bestand der Mietverhältnisse befürchten zu müssen, falls der bisherige Leistungsanbieter gleichzeitig Vermieter des Wohnraums ist. Die finanziellen Anreize für die Träger von Wohnheimen werden im Rheinland flankiert durch finanzielle Anreize für Menschen mit Behinderungen. Seit dem 1. Januar 2006 erhält im Rheinland jede/r Wohnheimbewohner/in eine pauschalierte Starthilfe in Höhe von 2.000,- € beim Auszug aus dem Wohnheim. Außerdem erhält jeder ambulant betreute Mensch im ersten Jahr der ambulanten Leistung einen monatlichen Betrag in Höhe von 35,- €, der dazu genutzt werden soll, Möglichkeiten einer angemessenen Freizeitgestaltung zu erschließen.

Fachleistungsstunden

Als Möglichkeit zur Vereinheitlichung der Finanzierung aller Leistungsformen wird unter anderem die Fachleistungsstunde diskutiert, wobei nach der Art der Leistung und der dafür erforderlichen Fachlichkeit zu unterscheiden wäre. Hierfür gibt es drei Ansatzpunkte, die miteinander zu verbinden wären:¹⁴ eine individuelle Hilfeplanung nach §§ 12 und 58 SGB XII mit einem personenbezogenen Finanzierungsarrangement, ein personenbezogenes Finanzierungssystem ohne sachfremde Anreize sowie eine örtliche Angebots- oder Teilhabeplanung. Um über Fachleistungsstunden eine Gleichstellung der

¹⁴ Schädler, J.: Überlegungen und Thesen zur Ambulantisierung und zur Vereinheitlichung der Fachleistungsstunde, unveröffentlichter Aufsatz vom 16.04.2006.

Leistungsformen zu erreichen, müssten auch stationäre Leistungen auf der Basis von Fachleistungsstunden vergütet werden. Dies würde bedeuten, dass jedem/jeder Leistungsempfänger/in eine Anzahl von Fachleistungsstunden zugeschrieben würde, die er/sie entweder ambulant oder stationär in Anspruch nehmen kann und die gleich vergütet würden. Die Folge wäre eine Umstellung der Finanzierung von Einrichtungen, die zur Zeit auf Vereinbarungen gemäß §§ 75 ff. SGB XII mit dem Sozialhilfeträger beruht, in denen eine auf Tag und Platz bezogene Vergütung vereinbart wird. Eine einheitliche Vergütung über Fachleistungsstunden setzt die Herstellung einer leistungsseitigen Vergleichbarkeit, gegebenenfalls durch eine stärkere Ausdifferenzierung der Leistungen, voraus. Ein stationäres Angebot, bei dem typischerweise bestimmte Leistungen rund um die Uhr vorgehalten werden, ohne dass ständig eine direkte Unterstützung stattfindet, unterscheidet sich deutlich von ambulanten Leistungen, bei denen typischerweise für einen beschränkten Zeitraum direkte Leistungen erbracht werden.

Regionalbudgets

Insbesondere im Bereich der psychiatrischen Versorgung wird zur Stärkung des ambulanten Bereichs das Konzept der Regionalbudgets diskutiert und beispielsweise in Rostock erprobt. Wesentliches Element eines Regionalbudgets ist die Selbstverpflichtung der regional angesiedelten Leistungsanbieter – in Rostock nur zwei –, die zur Deckung der in der Region vorhandenen Hilfebedarfe erforderlichen Leistungen vorzuhalten und zu erbringen. Dies ermöglicht es den Leistungsanbietern über die Grenzen der Leistungsstrukturen hinweg flexibel zu planen und zu handeln.

Modularisierung stationärer Leistungen

Ein wesentlicher Aspekt für eine gelingende Stärkung ambulanter Leistungen betrifft die Verfügbarkeit differenzierter, qualitätsvoller ambulanter Angebote zur Bedarfsdeckung. Diese können einerseits aus der Weiterentwicklung und Diversifizierung der bestehenden ambulanten Leistungen entstehen, andererseits jedoch auch aus der Erschließung aller Leistungspotenziale des Wohnumfeldes. Schließlich kann im Zuge der Auflösung der überkommenen Versäulung ambulant – teilstationär – stationär und der gebotenen Vernetzung aller Angebotsoptionen das Leistungspotenzial gegebenenfalls vorhandener stationärer Einrichtungen grundsätzlich eröffnet und genutzt werden. Dies setzt aller-

dings voraus, dass dort nicht alle Leistungsaspekte (Lebensunterhalt, fördernde und versorgende Maßnahmen) als umfassende „Komplexleistungen“ angeboten werden, die mit unspezifischen Tages- oder Monatspauschalen verpreislicht sind, sondern dass relativ kleinteilige Leistungstransparenz im Sinne einer „Modularisierung“ des stationären Leistungsgeschehens hergestellt wird. Dies bedeutet, dass die stationären Gesamtleistungen in einen nachfrageorientierten Angebotskatalog differenziert werden (Wohnen; Verpflegung: Frühstück, Mittagessen, Abendbrot, Zwischenmahlzeiten, Sonderverpflegung; hauswirtschaftliche Leistungen: Reinigung, Wäsche etc.; pflegerische Leistungen; Förderungsleistungen; Freizeitgestaltung/Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft: Fahrten, Feste, Spaziergang etc.) und einen angemessenen Einzelpreis erhalten. Menschen, die in der Umgebung einer solchen stationären Einrichtung leben, könnten dann gezielt ihren Bedarfen entsprechend auch solche Teilleistungen in der Einrichtung einkaufen bzw. dort in Anspruch nehmen. Außerdem öffnet diese Strategie den stationären Bereich wirksam für den Einsatz (trägerübergreifender) Persönlicher Budgets, auch wenn die Budgetnehmer/innen im stationären Kontext verbleiben.

7. Bewertungsmaßstäbe

Um die genannten sehr unterschiedlichen und auf den verschiedensten Ebenen angesiedelten Handlungsansätze zur Verschmelzung ambulanter und stationärer Leistungen sowie zur Förderung und zum Ausbau ambulanter Angebote, wie sie zur Zeit teilweise nur in der Wissenschaft oder Politik diskutiert, teilweise aber auch bereits erprobt oder angewandt werden, zu bewerten, schlägt der Deutsche Verein folgende Prüffragen vor:

- **Kann individuelle Bedarfsdeckung erreicht werden?**
- **Inwieweit wird das Wunsch- und Wahlrecht und das Selbstbestimmungsrecht des leistungsberechtigten Menschen geachtet?**
- **Ist der Handlungsansatz geeignet, die Kosten der Eingliederungshilfe einzudämmen?**
- **Wird die Entstehung einer ausreichenden und bedarfsgerechten Infrastruktur gefördert?**
- **Kann eine Vergleichbarkeit zwischen den Vergütungsansätzen und zwischen den verschiedenen Leistungsformen hergestellt werden?**

- **Wird die Notwendigkeit einer Klärung der Verantwortungsübernahme für Leistungen bzw. Leistungskomplexe oder -kombinationen in bedarfsgerechter Weise berücksichtigt?**
- **Ist der Handlungsansatz wettbewerbstauglich (Leistungswettbewerb, Preiswettbewerb)?**
- **Wird allen Menschen mit Behinderungen, auch Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf, Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht?**
- **Werden Vorkehrungen zur Sicherung von Mindeststandards und Leistungsqualität vorgesehen?**

Dieser Fragenkatalog soll erlauben, bereits erprobte oder neue Handlungswege je nach den Gegebenheiten vor Ort auf ihre Tauglichkeit hin zu überprüfen.

8. Anforderungen an die Gesetzgeber im Sozialhilferecht

Wie bereits einleitend unter Kapitel 2 d dargelegt, ist es unerlässlich, dass sich die gesetzlichen Grundlagen dem neuen Verständnis flexibler Leistungsformen anpassen. Dieses gesetzgeberische Handeln ist neben den in Kapitel 6 dargestellten Instrumenten zur Verschmelzung ambulanter und stationärer Leistungen erforderlich. Insbesondere Vorschriften, die zwischen ambulanten und stationären Leistungen unterscheiden und an diese unterschiedlichen Begriffe verschiedene Rechtsfolgen anknüpfen, werden verändert werden müssen. Der Bundes- und die Landesgesetzgeber sind daher aufgefordert, parallel zu den soeben dargestellten Handlungsoptionen der Leistungsträger und der Leistungserbringer gesetzgeberisch tätig zu werden. Die notwendigen gesetzlichen Änderungsbedarfe werden im Folgenden detailliert dargelegt und weitestgehend mit Lösungsvorschlägen versehen.

a) Einheitliche Zuständigkeiten

Der Deutsche Verein fordert die Zusammenführung der Zuständigkeiten in einer örtlichen oder überörtlichen Hand (s.o.). Der Bundesgesetzgeber hat mit § 97 Abs. 2 und Abs. 4 SGB XII die Weichen für eine einheitliche sachliche Zuständigkeit der Eingliederungshilfe gestellt. Viele Landesgesetze haben dem bereits Rechnung getragen. Soweit

manche Länder die Zuständigkeiten noch immer nach ambulant und stationär aufgeteilt haben, sollte dies zugunsten einer einheitlichen Zuständigkeit geändert werden.

Der Deutsche Verein appelliert an die Landesgesetzgeber, durch landesrechtliche Regelungen die Einheitlichkeit der Zuständigkeiten für die Eingliederungshilfe in einer Hand zu belassen bzw. zu bündeln. Bei der Verabschiedung von die Eingliederungshilfe betreffenden Landesgesetzen müssen die Ausgleichszahlungen auch Leistungen im ambulanten Bereich berücksichtigen und damit Anreize für dessen Stärkung setzen.

b) Leistungen für Einrichtungen, Vorrang ambulanter Leistungen und Mehrkostenvorbehalt, § 13 Abs. 1 SGB XII

Obwohl ambulante Leistungen gemäß § 13 Abs. 1 Satz 2 SGB XII grundsätzlich vorrangig vor stationären sind, gilt dies im Sinne des Mehrkostenvorbehalts (§ 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII) nicht, wenn eine stationäre Leistung zumutbar ist und die ambulante unverhältnismäßig teuer wäre. Der Maßstab der Zumutbarkeit ergibt sich dabei aus persönlichen, familiären und örtlichen Gegebenheiten. Wegen der Überlagerung des Wunsch- und Wahlrechts und dem Kriterium der Zumutbarkeit ist der Mehrkostenvorbehalt konfliktbehaftet. Der Deutsche Verein erkennt die finanzpolitische Relevanz und Notwendigkeit des Prinzips der Wirtschaftlichkeit, hält es jedoch für geboten, die finanziellen Erwägungen mit dem Wunsch- und Wahlrecht der behinderten Menschen sowie den Paradigmen des Normalisierungsprinzips und Teilhabegedankens in Ausgleich zu bringen. Im Wege einer Überwindung der Abgrenzung nach Leistungsformen kann die derzeit in § 13 Abs. 1 Satz 2 SGB XII manifestierte Rangfolge der Leistungsformen entbehrlich werden. Eine Regelung zur individuellen Bedarfsdeckung unter Berücksichtigung des Prinzips der Wirtschaftlichkeit (Mehrkostenvorbehalt) sollte bestehen bleiben.

c) Notwendiger Lebensunterhalt in Einrichtungen, § 35 SGB XII

Bei einer Gleichstellung von ambulant und stationär wäre eine Sonderregelung im Sinne von § 35 SGB XII für den notwendigen Lebensunterhalt in Einrichtungen überflüssig. Vielmehr müsste bei entsprechender Bedürftigkeit unabhängig von ambulanter oder stationärer Leistung der angepasste notwendige Lebensunterhalt neben den Vergütungen,

die mit den Einrichtungen oder Diensten vereinbart werden, erbracht werden. Allerdings ist hierbei zu beachten, dass in zur Zeit noch als stationär bezeichneten Einrichtungen eine andere Infrastruktur als im ambulanten Bereich vorgehalten wird. Diese müsste bei der Berechnung der Einrichtungsvergütung transparent gemacht werden, damit eine Angleichung für alle Wohnformen bei der Auszahlung des notwendigen Lebensunterhaltes besteht. Dieses beschriebene Zusammenbinden von Hilfen zum Lebensunterhalt, Hilfen in besonderen Lebenslagen und Barbetrag ist im Rahmen der oben genannten Klärung und Übernahme der Verantwortung zu berücksichtigen. Langfristig, wenn sich nicht nur die Leistungen, sondern auch die Rahmenbedingungen, die Finanzierungen und die Infrastruktur der unterschiedlichen Leistungsformen angeglichen haben, wird es einen Barbetrag in dieser Form nicht mehr brauchen.

d) Leistungserbringungsrecht, §§ 75 ff. SGB XII

Wichtig ist hier, dass die Leistungsträger und die Leistungserbringer in ihren Vereinbarungen dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ folgen, die Überwindung der Trennung von ambulanten und stationären Leistungen gemeinsam anstreben und bei der Vereinbarung neuer Leistungsstrukturen die oben genannten Kriterien erfüllen bzw. im Rahmen der Vereinbarungen klären. Die Einführung einer Experimentierklausel in das Leistungserbringungsrecht hält der Deutsche Verein für sinnvoll, um die oben beschriebenen Handlungsoptionen und andere Wege zur Weiterentwicklung der Leistungsstrukturen erproben zu können.

e) Brutto/Nettoprinzip, § 92 Abs. 1 SGB XII

Bei einer Aufhebung der Betrachtung verschiedener Leistungsformen ist das Bruttoprinzip (§ 92 Abs. 1 SGB XII), welches nur auf Leistungen in stationären Einrichtungen Anwendung findet, entweder aufzuheben oder auf alle Leistungen anzuwenden.

9. Anforderungen an den Gesetzgeber in sonstigen Sozialversicherungsbereichen und im Heimrecht

Neben den genannten erforderlichen Änderungen im Recht der Sozialhilfe werden im Rahmen einer gesamt-konzeptionellen Herangehensweise (s.o.) auch in anderen Leistungsgesetzen (SGB V, IX und XI) die erläuterten strukturellen Änderungen berücksichtigt werden müssen. Dies ist insbesondere im Hinblick auf den Vorrang der Versicherungsleistungen gegenüber dem Nachrang der Sozialhilfe von besonderer Relevanz. Denn die Eingliederungshilfe muss zwar im Sinne des Sozialstaatsprinzips bedarfsdeckend sein, kann jedoch nicht auf Vollversorgung abzielen. Eine besondere Herausforderung stellt auch hier die Inkompatibilität des Sachleistungsprinzips im SGB V und XI mit dem SGB XII dar. Hier bedarf es klarer Abstimmungen und rechtlicher Anpassungen.

a) Leistungen der Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, § 43 a SGB XI

Jeder behinderte Mensch, auch derjenige mit sehr hohem Pflegebedarf, hat die Fähigkeit zur Teilhabe und das Recht auf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen bleiben von den Leistungen zur Pflege unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig, § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI, und dürfen nicht mit dem Hinweis auf den Pflegebedarf eingeschränkt oder versagt werden. Unabhängig vom jeweiligen Aufenthaltsort des Menschen mit Pflegebedarf müssen sich die Pflegekassen auch an den notwendigen Pflegeleistungen beteiligen. Der § 43 a SGB XI muss deshalb entsprechend angepasst werden. Im Hinblick auf die hier empfohlene Aufhebung der Trennung zwischen ambulanten und stationären Leistungen wird § 43 a SGB XI ohnehin keine Rolle mehr spielen und wäre folgerichtig anzupassen.

b) Ausbau der häuslichen Krankenpflege, § 37 SGB V

Der Deutsche Verein sieht zwar in der Ausweitung Begriffs „Haushalt“ des § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V (GKV-WSG) auf sonst einen „geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in

Werkstätten für behinderte Menschen“ einen Schritt in die richtige Richtung. Er strebt jedoch an, nicht zuletzt zur Erlangung der geforderten Durchlässigkeit der Leistungsstrukturen zwischen stationär, teilstationär und ambulant, insgesamt auf das Tatbestandsmerkmal „eigene Häuslichkeit“ zu verzichten und medizinische Behandlungspflege unabhängig vom Leistungsort zu erbringen.¹⁵

c) Heimrecht

Der Personenkreis, der Eingliederungshilfe bezieht, lebt zu einem großen Teil in Einrichtungen, für die die Vorschriften des Heimgesetzes gelten (§ 1 Abs. 1 HeimG). Unter dem Aspekt des Vorrangs ambulanter Leistungen im Bereich der Eingliederungshilfe und der Pflege ist daher auch die Entwicklung im Heimrecht zu betrachten. Viele der oben beschriebenen Menschen leben in modernen Wohn- und Unterstützungsformen, die auf der Schnittstelle zwischen ambulant und stationär anzusiedeln sind und auf die die Anwendbarkeit des Heimgesetzes fraglich ist. Denn das Heimrecht in seiner derzeit geltenden Fassung gibt einen Ordnungsrahmen vor, der an vielen Stellen mit den Zielsetzungen moderner Wohn- und Unterstützungsformen in Konflikt geraten kann¹⁶ und somit eine Durchlässigkeit der Leistungsformen behindert.

Im Zuge der Föderalismusreform ist die Gesetzgebungskompetenz für das Heimgesetz auf die Länder übertragen worden. Gesetzesänderungen von Länderseite werden derzeit vorbereitet. Hierbei wird auch diskutiert, wie viel ordnungsrechtlicher Schutz überhaupt erforderlich ist und welche Schutzbereiche z.B. der Verbraucherschutz übernehmen könnte. In diesem Sinne werden derzeit neue Regelwerke (Stichworte: Einrichtungen- und Dienstegesetz, Verbraucherschutzgesetz, Behindertenschutzgesetz) diskutiert.

Der Deutschen Verein erwartet, dass langfristig die Unterscheidung von ambulant und stationär aufgehoben werden kann und dass gesetzliche Regelungen einerseits dem Verbraucherschutz- und andererseits dem Qualitätssicherungsgedan-

¹⁵ Vgl. Stellungnahme des Deutschen Vereins zur Gesundheitsreform 2006 und zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), NDV 2006, 502–506.

¹⁶ Arbeitshilfe des Deutschen Vereins zur Anwendung des Heimrechts auf moderne Wohn- und Betreuungsformen für ältere Menschen vom 8. März 2006.

ken sämtlicher Angebote für Menschen mit Behinderungen unabhängig vom Ort bzw. der Form der Leistungserbringung Rechnung tragen werden.

10. Fazit

Das vorgelegte Konzept zur teilhabeorientierten Weiterentwicklung der Strukturen in der Eingliederungshilfe hat seinen Schwerpunkt in der strukturellen und begrifflichen Neufassung der Leistungen.

Der Deutsche Verein ist überzeugt, dass die gewünschten Effekte „ambulant vor stationär“, Leistungserbringung aus einer Hand, Förderung der Selbstbestimmung der Menschen mit Behinderungen sowie eine Umkehr von der zu lange erfolgten Fehlsteuerung in stationäre Strukturen nur eintreten werden, wenn die Trennung zwischen ambulanten und stationären Leistungen, zwischen Einrichtungen, Diensten und Anbietern und die Differenzierung nach Leistungsorten aufgehoben wird. Ausgehend von dieser Grundausrichtung ergeben sich eine Menge Folgeprobleme im praktischen und rechtlichen Bereich, für die einerseits im Wege von beispielhaft dargestellten Handlungsansätzen zur Verschmelzung ambulanter und stationärer Leistungen, andererseits im Wege der aufgezählten gesetzlichen Änderungsbedarfe Lösungen angeboten werden.

Der Deutsche Verein erwartet, dass die Verschmelzung der Leistungen sich sowohl im Hinblick auf ein zielgerichteteres und effizienteres Leistungsangebot als auch auf die Kostenentwicklung in der Eingliederungshilfe positiv auswirken wird.

Alle genannten Aspekte dürfen nicht isoliert verstanden werden, sondern sind im Gesamtzusammenhang zu betrachten. Hierbei muss das „Gesamtkonzept für die Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen“, das vom Deutschen Verein bereits begrüßt und mit ersten Überlegungen hinsichtlich seines Inhalts bedacht wurde,¹⁷ berücksichtigt werden.

Um möglichst bald die Grenzen der Leistungsformen aufzulösen, wird die Kooperation aller am Leistungsgeschehen Beteiligter erforderlich sein. Der Deutsche

Verein lädt die beteiligten Akteure ein, gemeinsam konstruktiv an diesem Prozess mitzuarbeiten. Der Deutsche Verein fordert überdies den Gesetzgeber auf, wie auch im Koalitionsvertrag¹⁸ angekündigt, innerhalb dieser Legislaturperiode die Leistungsstrukturen der Eingliederungshilfe weiterzuentwickeln. Hierfür regt der Deutsche Verein an, die oben beschriebene Neuausrichtung der genannten Gesetze – SGB XII, XI und V – vorzunehmen und die Differenzierung von Leistungen der Eingliederungshilfe an bestimmte Leistungsformen – stationär, teilstationär oder ambulant – und die Anknüpfung von Rechtsfolgen an diese Leistungsformen aufzuheben.

¹⁷ Vgl. Fußn. 6.

¹⁸ Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005, Zeile 4123–4129.