

Dr. Peter Gitschmann¹

Abgrenzung von Pflege und sozialer Teilhabe – die Sicht der EGH-Leistungsträger

- Thesen –

1. Ausgangspunkt meiner Überlegungen ist die Interessenlage der Leistungsberechtigten, also auf Pflege- und Teilhabeleistungen angewiesenen Menschen. Diese hat der Pflege- und Teilhabereform-Gesetzgeber auf die griffige Formel „Leistungen wie aus einer Hand“ gebracht. Es geht also nicht um „Abgrenzung“, sondern vielmehr um wirkungsorientierte Verknüpfung der Leistungen – und genau diese Aufgabe hat der Gesetzgeber den Leistungsträgern der Eingliederungshilfe und damit der sozialen Teilhabe zugewiesen.
2. Die Systeme der Pflegeversicherung (SGB XI) und der Eingliederungshilfe/sozialen Teilhabe (bis 2019: SGB XII, ab 2020: SGB IX) sind von Anbeginn (1995 f.) inkompatibel, und bleiben es auch nach den jüngsten Reformen. Die Logik des SGB XI – Beitragsfinanzierung; „Teilkasko“, „Neue Kultur des Helfens“ = Systemverantwortung bei den Pflegekassen, Leistungsverantwortung bei den Versicherten, bei regelhafter Ergänzungsbedürftigkeit durch die Fürsorgeleistung Hilfe zur Pflege; Institutionenorientierung (Einrichtungen und Dienste) – besteht weiterhin, und ist mit den Grundsätzen des Bundesteilhabegesetzes – Personen-, Leistungs-, Wirkungsorientierung, finale Problemlösung, Steuerfinanzierung, dialogische Systemverantwortung – nicht vereinbar. Es gibt weiterhin keine gemeinsamen Ziele, keine gemeinsame Sprache, keine gemeinsamen Systemstrukturen. Bei der „teilhabeorientierten Pflege“ handelt es sich schlicht um Etikettenschwindel. Zwar unterliegen auch die Pflegekassen allen Anforderungen der VN-Behindertenrechtskonvention, ein ernsthaftes Bemühen in dieser Richtung ist aber nicht zu erkennen, und wird in den getroffenen gesetzlichen Regelungen des SGB XI auch nicht unterstützt.
3. Zwar beinhalten die Pflegereformen und das Bundesteilhabegesetz 2016 f. Versuche, einige Systembrüche zu reduzieren. Die Lösungen sind jedoch von keiner übergreifenden fachlichen und sozialrechtlichen Logik geprägt, sondern bleiben die bekannten politischen Kompromisse zwischen Gesundheits- und Sozialpolitik, zwischen kausalem Sozialversicherungs- und finalem Teilhabeansatz. Dies lässt sich an zwei wichtigen Systemschnittstellen verdeutlichen.

¹ Jg. 1954, Dr. rer. soc., bis 09/2019 Abteilungsleiter Rehabilitation und Teilhabe, Behörde f. Arbeit, Soziales, Familie u. Integration der Freien u. Hansestadt Hamburg, stellvertr. Vorsitzender der BAG überörtliche Sozialhilfe (BAGÜS), Fachkoordinator der A-Länder im Gesetzgebungs- und Umsetzungsprozess zum Bundesteilhabegesetz, zahlreiche Veröffentlichungen zur sozialen Gerontologie, Rehabilitation und Teilhabe. Seit 01.10.2019 im (Un-)Ruhestand. (Kontakt: gitschmann@hl-stiftung.de)

4. Leistungsbündelung Eingliederungshilfe und Pflege nach § 13 (4) f. SGB XI²

Für in der sozialen Teilhabe nach SGB IX, Teil 2 Leistungsberechtigte stellt das Zusammentreffen mit benötigten Pflegeleistungen die häufigste Konstellation dar. Der Leistungsträger der sozialen Teilhabe = Eingliederungshilfe hat zwar gemäß § 19 f. / 117 f. SGB IX die Möglichkeit, alle anderen Reha-Träger verpflichtend in die Teilhabe- und Gesamtplanung einzubeziehen, für die Pflegekassen (die kein Reha-Träger sind und somit dem SGB IX grundsätzlich nicht unterliegen) gilt dies jedoch nur über Sondervorschriften, mit denen auch die gesamte inklusionsfeindliche Systemlogik des SGB XI gewahrt bleibt. Nach § 13 (4) Satz 1 SGB XI können also die Pflegeleistungen zwar vom EGH-Träger „übernommen“ werden, mit Satz 3 wird dann aber klargestellt, dass dabei das SGB XI-Leistungsrecht zu befolgen ist, was eine tatsächliche personen-, bedarfs- und wirkungsorientierte Leistungsintegration nachhaltig verhindert. Dies war auch über die in mühsamem Ringen und mit Vermittlung beider beteiligter Bundesministerien zustande gekommenen Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozial- und Eingliederungshilfe³ nicht zu beheben. In der Leistungspraxis der in der Pflege und in der Teilhabe leistungsberechtigten Menschen mit Behinderungen spielt diese neue Möglichkeit daher weiterhin kaum eine Rolle⁴; die gesetzlich vorgesehene Evaluierung der neuen Regelung bis zum Sommer 2019 konnte keine Erkenntnisse liefern.

² „(4) Treffen Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe zusammen, vereinbaren mit Zustimmung des Leistungsberechtigten die zuständige Pflegekasse und der für die Eingliederungshilfe zuständige Träger,

1. dass im Verhältnis zum Pflegebedürftigen der für die Eingliederungshilfe zuständige Träger die Leistungen der Pflegeversicherung auf der Grundlage des von der Pflegekasse erlassenen Leistungsbescheids zu übernehmen hat,

2. dass die zuständige Pflegekasse dem für die Eingliederungshilfe zuständigen Träger die Kosten der von ihr zu tragenden Leistungen zu erstatten hat sowie

3. die Modalitäten der Übernahme und der Durchführung der Leistungen sowie der Erstattung.

Die bestehenden Wunsch- und Wahlrechte der Leistungsberechtigten bleiben unberührt und sind zu beachten. Die Ausführung der Leistungen erfolgt nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften. Soweit auch Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu erbringen sind, ist der für die Hilfe zur Pflege zuständige Träger zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe bis zum 1. Januar 2018 in einer Empfehlung Näheres zu den Modalitäten der Übernahme und der Durchführung der Leistungen sowie der Erstattung und zu der Beteiligung des für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägers. Die Länder, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Vereinigungen der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe auf Bundesebene sowie die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen sind vor dem Beschluss anzuhören. Die Empfehlung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

(4a) Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte für ein Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe, bezieht der für die Durchführung eines Teilhabeplanverfahrens oder Gesamtplanverfahrens verantwortliche Träger mit Zustimmung des Leistungsberechtigten die zuständige Pflegekasse in das Verfahren beratend mit ein, um die Vereinbarung nach Absatz 4 gemeinsam vorzubereiten.

(4b) Die Regelungen nach Absatz 3 Satz 3, Absatz 4 und 4a werden bis zum 1. Juli 2019 evaluiert.“

³ Vgl. <https://www.bagues.de/de/veroeffentlichungen/orientierungshilfen-und-empfehlungen/>

⁴ Lediglich in einem Hamburger Modellversuch ist es mit erheblichem Aufwand gelungen, eine Handvoll Leistungsberechtigter zu einer Erprobung dieser Leistungsbündelung zu bewegen.

5. Erhalt des § 43a SGB XI für „Räumlichkeiten“ nach § 71 (4) SGB XI⁵

Ein ähnliches Trauerspiel ist auch bei den in Kürze zu erwartenden Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zur Erfassung der nach Wegfall der stationären Eingliederungshilfe-Einrichtungen künftig dennoch weiterhin dem § 43a SGB XI unterfallenden „Räumlichkeiten“ oder „besonderen Wohnformen“ zu erwarten. Hierbei soll eben nicht der modernen Logik des Bundesteilhabegesetzes folgend auf die tatsächliche, individuelle Leistungssituation abgestellt werden, sondern auf die „Vorhaltung“ einer Gesamtversorgung, die „weitgehend einer Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht“⁶. Die tatsächliche Leistungsanspruchnahme wird sogar ausdrücklich für „unerheblich“ erklärt⁷. Die Anwendung dieser Richtlinienlogik auf rechtlich und faktisch einwandfrei ambulant betreute Wohngemeinschaften behinderter Menschen führt, sofern nur für einen umfassend ambulant betreuungsbedürftigen Mieter ein dem Stationären vergleichbares Leistungsbündel „vorgehalten“ wird, dazu, die gesamte WG dem § 71 (4) und damit dem § 43a SGB XI zu unterwerfen – also Wegfall bisheriger umfassender ambulanter Pflegesachleistungen für alle Mieter und Lösegeldzahlung der Pflegekassen lediglich in Höhe von maximal 266.- € monatlich.

6. Fazit:

Die „Abgrenzung“ (Themenstellung) funktioniert weiterhin, hat aber auch alle negativen Konsequenzen für die auf beide Leistungen und Systeme angewiesenen Menschen, die personenorientierte, wirksame Leistungen „wie aus einer Hand“ nur mühsam erhalten können und werden.

© Dr. P. Gitschmann, Hamburg 10/2019

⁵ „(4) Stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser sind keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2.

(5) Mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, erlässt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen spätestens bis zum 1. Juli 2019 Richtlinien zur näheren Abgrenzung, wann die in Absatz 4 Nummer 3 Buchstabe c in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung genannten Merkmale vorliegen und welche Kriterien bei der Prüfung dieser Merkmale mindestens heranzuziehen sind. Die Richtlinien nach Satz 1 sind im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene zu beschließen; die Länder, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sind zu beteiligen. Für die Richtlinien nach Satz 1 gilt § 17 Absatz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Genehmigung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erteilt und die Genehmigung als erteilt gilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden.“

⁶ RL-Entwurf, Stand 23.09.2019, Präambel

⁷ Ebd., Nr. 3 Abs. 7