

Diakonische Position zur Vertragsrechtlichen Umsetzung des BTHG

1. Einführung

Mit der Verabschiedung des BTHG am 16. Dezember 2016 konnten manche Regelungen im Interesse der betroffenen Menschen mit Behinderung entschärft werden. Für die Leistungserbringer bietet es nach wie vor eine erhebliche Brisanz, die strategische und operative Anpassungsmaßnahmen im Strukturellen als auch im Fachlich-Inhaltlichen erforderlich macht. Dabei sieht die Diakonie Bayern - wie der Gesetzgeber - die Stärkung der Selbstbestimmung behinderter Menschen in der Fokussierung auf deren persönlichen Bedarf und dessen Wunsch- und Wahlrecht. Um dieses Ziel zu erreichen, wird die Herausforderung bei der Leistungserbringung sein, die Angebote entsprechend zu flexibilisieren. Das Angebotsportfolio ist so zu erweitern, dass die Bedürfnisse des leistungsberechtigten Menschen mit Behinderung für ihn zufriedenstellend darin Berücksichtigung findet und die Dienstleistung gleichzeitig betriebswirtschaftlich stabil erbracht werden kann. Dies ist umso bedeutsamer, da die Leistungserbringer nach dem Gesetz bewusst nicht als Teilnehmende in den Teilhabe- bzw. Gesamtplanungsprozessen vorgesehen sind und somit innerhalb des „sozialrechtlichen Dreiecks“ eine Einschränkung erfahren.

Maßgeblich für die Frage, ob bei einem Menschen eine Eingliederungshilfe- und /oder eine Rehabilitationsmaßnahme indiziert ist, sind die individuellen Auswirkungen seiner Krankheit im Alltag und die Faktoren, die darauf Einfluss nehmen. Für die Beschreibung dieses Bedingungsgefüges steht mit der ICF ein umfassendes Klassifikationssystem zur Verfügung, das künftig auch in der Gesamtplanung und insbesondere bei der Bedarfsermittlung eine zentrale Funktion übernimmt. Umfassende Kenntnisse der ICF der Praxis sind unabdingbar, um Menschen mit Behinderung bei der Durchsetzung ihrer Bedarfe zu unterstützen. Zudem ist absehbar, dass – auch im Lichte der neuen Schnittstelle von Pflege und Eingliederungshilfe – zukünftig eine stärkere Profilierung der Teilhabeziele und –leistungen sowie deren Wirksamkeit erforderlich wird.

2. Herausforderungen

Bei der vertragsrechtlichen Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (BTHG) identifiziert das Diakonische Werk Bayern folgende Herausforderungen:

1. Künftige Verwendung und Abrechnung der Leistungen zum Lebensunterhalt mit dem Ziel, Leistungsberechtigte finanziell nicht schlechter zu stellen als bisher (Wegfall des Barbetrags)
2. Ermittlung der individuellen Kosten für Unterkunft in Einrichtungen des Gemeinschaftlichen Wohnens

3. Vertragsrechtliche Umsetzung der fachpolitischen Vorgaben des Gesetzes (Personenzentrierung und Selbstbestimmung) bei gleichzeitiger Minimierung des wirtschaftlichen Risikos der Leistungserbringer (Institutionsbezogener Sockelbetrag plus personenzentrierter Individualbetrag)
4. Stärkung der Attraktivität ambulanter Leistungserbringung

Zu allen vier Punkten hat das Diakonische Werk Bayern konkrete Lösungsvorschläge erarbeitet.

2.1. Künftige Verwendung und Abrechnung der Leistungen zum Lebensunterhalt mit dem Ziel, Leistungsberechtigte finanziell nicht schlechter zu stellen als bisher (Wegfall des Barbetrags)

Zukünftig wird nicht mehr zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen unterschieden. Ein Ziel des BTHG ist es, die Unterstützung für Menschen mit Behinderung am notwendigen individuellen Bedarf auszurichten. Die existenzsichernden Leistungen werden zukünftig, wie bei Menschen ohne Behinderung, nach den Vorschriften des vierten Kapitels des SGB XII erbracht.

Leben Menschen mit Behinderung in einer ambulanten Wohnform, erhalten sie den Regelsatz als auch die Mietkosten vom Sozialhilfeträger direkt ausgezahlt. Leben sie derzeit in einer stationären Wohnform erhalten sie einen Barbetrag und eine Kleiderpauschale (§ 27b SGB XII). Ihr Lebensunterhalt wird über die Einrichtung gedeckt.

Die Höhe der jeweiligen Regelbedarfsstufe richtet sich ab 2020 nach der Wohnform. Somit erhalten Menschen mit Behinderung, die in einer eigenen Wohnung leben, den Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 (z.Z. 409,--€). Menschen mit Behinderung, die in einer Wohngemeinschaft leben, werden nach Änderung des § 8 Regelbedarfs-Ermittlungsgesetz zum 1.1.2020 von heute Regelbedarfsstufe 1¹ in die Regelbedarfsstufe 2 herabgestuft. Dies ist eine erhebliche Kürzung. Nach wie vor bleiben Leistungsberechtigte in einer lebenspartnerschaftlichen bzw. lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft lebend in Regelbedarfsstufe 2.

¹ Das Bundessozialgericht (BSG) hat am 23. Juli 2014 entschieden, dass die generelle Einstufung von volljährigen Menschen mit Behinderung in die Regelbedarfsstufe 3, die mit ihren Eltern oder mit anderen Personen zusammen in einer Wohngemeinschaft leben, rechtswidrig ist. Nach dem BSG haben Leistungsberechtigte grundsätzlich einen Anspruch auf den vollen Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1, wenn erwachsene Personen einen gemeinsamen Haushalt führen ohne Partner zu sein (Ehegatten, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft oder Partner einer eheähnlichen bzw. lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft), sofern sie sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten an der Haushaltsführung beteiligen können.

Leistungsberechtigte, die nicht in einer Wohnung sondern in einer „gemeinschaftlichen“ Wohnform leben, die den heutigen vollstationären Einrichtungen entsprechen, erhalten den Regelsatz der Regelbedarfsstufe 2 (z.Z. 368,--€). Hinzu kommen etwaige Mehrbedarfe (§ 42b SGB XII). Der Barbetrag und die Kleiderpauschale, die die Menschen mit Behinderung vorher zur persönlichen Verfügung erhalten haben, entfallen. Für letzteren Personenkreis wird im Rahmen des Gesamtplanung beraten und verbindlich festgehalten, welcher Anteil vom Regelsatz zur Deckung des Lebensunterhaltes für die Leistungen „Wohnen“ der Leistungsanbieter benötigt wird und welcher Betrag der Leistungsberechtigte als Barmittel erhält (§ 121 Absatz 4 Nummer 6 SGB IX). Die Höhe der Barmittel wird allerdings nicht beziffert.

Somit wird es notwendig, die Leistungen für das „Wohnen“ zu definieren und zu kalkulieren. Auch muss über eine pauschalierte Lösung nachgedacht werden, die einerseits den Barmittelbetrag des Leistungsberechtigten und andererseits den Betrag für den Leistungserbringer regelt. Der Betrag der Barmittel sollte sich mindestens an den heutigen Sätzen des Barbetrages und der Kleiderpauschale orientieren. Eine individuelle Klärung der Einzelzuweisungen wäre für die Leistungserbringer in der Umsetzung mit hohem organisatorischem und verwaltungstechnischem Aufwand verbunden. Aus den Regelsätzen sind aber nur Waren- oder Verbrauchswerte zu tragen. Können Menschen mit Behinderung z.B. ihre Mahlzeiten aufgrund ihrer Einschränkungen oder wegen der Besonderheit der Wohnform nicht selbst zubereiten, sind die auf die Zubereitung und Bereitstellung entfallenden Kosten von der Eingliederungshilfe zu tragen. Diese und andere behinderungsbedingte Leistungen sind dann Bestandteil der Fachleistung und dementsprechend auch in der Leistungs- und Vergütungsvereinbarung zu regeln.

2.2. Ermittlung der individuellen Kosten für Unterkunft in Einrichtungen des Gemeinschaftlichen Wohnens

Bei den Bedarfen für Unterkunft und Heizung wird gemäß § 42a SGB XII danach unterschieden, ob die Leistungsberechtigten in einer Wohnung leben oder ob ihnen „persönlicher Wohnraum“ und zusätzliche Räumlichkeiten zur gemeinschaftlichen Nutzung überlassen wurden (ehemals „stationäre Einrichtungen“).

Soweit die Leistungsberechtigten in einer eigenen Wohnung leben, gelten die Regelungen wie heute im ambulanten Bereich. Bei Leistungsberechtigten, die in persönlichem Wohnraum im Sinne des § 42a Absatz 2 Nummer 2 SGB XII leben, gelten gesonderte Vorschriften für die Anerkennung von Bedarfen für Unterkunft und Heizung. Die Investitionskostenpauschale fällt weg und wird mit dem System der Unterkunft und Heizung abgedeckt. Dies hat zur Folge, dass zwischen der Einrichtung und den Menschen mit Behinderung ein Mietverhältnis entsteht.

Die Menschen mit Behinderung haben dann Anspruch auf die ortsübliche Bruttokaltmiete im Rahmen der grundsicherungsrelevanten Mietspiegel (Nettokaltmiete + kalte Nebenkosten) sowie auf die ortsüblichen Heizkosten (Heizkosten + Warmwasseraufbereitung). Sind die ortsübliche Bruttokaltmiete und Heizkosten nicht ausreichend, kann durch Vertrag und Nachweis ein max. 25%-Aufschlag auf die ortsübliche Bruttokaltmiete und Heizkosten erreicht werden.

Sollten die Mietaufwendungen über 25% der erhöhten Miete liegen, so hat der Bewohner/Mieter einen Anspruch auf Übernahme der noch offenen Differenz im Rahmen der Eingliederungshilfe als Bestandteil der Fachleistung (§ 42b Abs.6 SGB XII). Der Nachweis muss aber ebenfalls die Angemessenheitskriterien erfüllen.

Das Diakonische Werk Bayern hat aufgrund dieser Systemumstellung ein Berechnungsinstrument entwickelt, mit dem eine Erfassung der Wohnflächen und die Berechnung eines individuellen Mietpreises möglich sind. Dieses Instrument befindet sich zurzeit bei verschiedenen Trägern der Freien Wohlfahrt Bayern in der Erprobung und muss weiterhin angepasst werden.

2.3. Umsetzung der im BTHG verankerten Personenzentrierung in die Vergütungssystematik der Leistungsangebote

Für die Diakonie Bayern sind folgende **Grundfragen** handlungsleitend:

- **Wie können Personenzentrierung und Selbstbestimmung bei der Leistungserbringung vergütungstechnisch abgebildet werden?**
- **Wie kann das wirtschaftliche Risiko der Leistungsanbieter minimiert werden?**
- **Wie können ambulante Angebote entgelttechnisch gestärkt werden?**
- **Wie kann der Schulterschluss mit der Selbsthilfe bzw. mit den von uns betreuten Menschen mit Behinderungen gelingen?**

2.3.1. Herleitung

Die folgende Überblicksskizze zeigt in stark vereinfachter Form den Zusammenhang von künftiger Gesamtplanung nach Kap. 7, Teil 2 SGB IX und Kap.8, Teil 2, SGB IX. Gemäß § 117 SGB IX muss der Leistungsberechtigte bei **allen** Verfahrensschritten des Gesamtplanverfahrens beteiligt und seine Wünsche hinsichtlich Ziel und Art der Leistungen dokumentiert werden. Die Ermittlung seines individuellen Bedarfes erfolgt darüber hinaus über Instrumente der Bedarfsermittlung nach § 118 SGB IX. Zu berücksichtigen sind dabei im Wesentlichen die Inhalte der Domäne „Aktivitäten und Teilhabe“ der ICF der WHO

| Gesamtplanung | | | Vertragsrecht | |
|---|---|---|--|--|
| Gesamtplan §121 | | | Leistungsvereinbarung § 125 Abs.2 | Vergütungsvereinbarung § 125 Abs.1 |
| Art, Inhalt, Umfang und Dauer der Leistung aus Kap. 3 bis 6, Teil 2 SGB IX (Med. Reha, Arbeit, Bildung, Soziale Teilhabe) | | | Art, Umfang, Ziel, Wirksamkeit der Leistungen | Leistungspauschalen für Gruppen mit vergleichbarem Bedarf (zu denken ist insbesondere an Zeitdauer, Versorgung mit Mahlzeiten, Nachtwache, Hauswirtschaft. Versorgung) Basisbetrag 1 |
| Selbsthilferessourcen | | | Personenkreis | |
| Steuerung, Wirkungskontrolle und Dokumentation des Teilhabeprozesses | | | Qualitative und quantitative personelle Ausstattung | Zu berücksichtigen sind u.a. ordnungsrechtliche Vorgaben, jedoch auch Verwaltung etc. |
| | | | Betriebsnotwendige Anlagen | |
| Soziale Teilhabe kann gewährt/ erbracht werden als | | | Erforderliche Strukturen für bestimmte gepoolte Leistungen (Verweis auf § 116 Abs. 2) | Berücksichtigung bei der Kalkulation (Verweis auf § 116 Abs.2) Basisbetrag 2 |
| Pauschale Geldleistung | Gepoolte Leistung | „Personenzentrierte Leistung“ | Individuelle, selbstbestimmte Wunschleistung nach Gesamtplan | Nachweis- und Abrechnungsmodalitäten für die individuellen Leistungen wären noch zu klären. Beispielhaft seien genannt: a. Stundensätze, differenziert nach Qualifikation des Personals mit Gegenzeichnung des Leistungsberechtigten b. Umrechnung eines individuellen Jahresstundenkontingents auf einen täglichen Betreuungssatz mit Gegenzeichnung der erbrachten Leistungen durch den Leistungsberechtigten |
| Assistenzleistungen Nach §116 Abs.1 erbracht über Hilfskräfte | Assistenzleistungen | Assistenzleistungen | | |
| | Heilpädagogische L. Für Kinder/Jugendliche | Heilpädagogische Leist. Für Kinder/Jugendliche | | |
| Mobilität Leistungen zur Beförderung | L. zur Mobilität | L. zur Mobilität | | |
| | L. zum Erwerb und Erhalt prakt. Kenntnisse und Fähigkeiten | L. zum Erwerb und Erhalt prakt. Kenntnisse und Fähigkeiten | | |
| L. zur Förderung der Verständigung | L. zur Erreichbarkeit einer Ansprechperson | L. zur Förderung der Verständigung | | |
| | | Hilfsmittel | | |
| | | Besuchsbeihilfen | | |
| | | L. zur Betreuung in einer Pflegefamilie | | |
| | | L. für Wohnraum | | |

auf der Grundlage der Beeinträchtigungen der Körperstrukturen und -funktionen². Die aktuelle Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation vom August 2017 (ICF-Nutzung bei Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung, Teilhabe- und Gesamtplanung im Kontext des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen) weist darauf hin, dass die ICF **kein Assessmentverfahren, sondern ein umfassendes Klassifikationsschema ist**. Bei der Klassifikation von Behinderungsfolgen sind neben den erwähnten Domänen Schädigungen der Körperstrukturen, Beeinträchtigungen der Körperfunktionen, auch die fördernden und hemmenden Umweltfaktoren sowie die personbezogenen Faktoren mit zu berücksichtigen. Die DVfR empfiehlt deshalb, den Leistungsbedarf des Leistungsberechtigten mittels eines „strukturierten Dialogs auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells der ICF“ zu ermitteln. Die zu erarbeitenden Instrumente der Bedarfsermittlung wären folglich eher Leitfäden zur Strukturierung dieses Dialogs. Eine Reduzierung der ICF auf mehr oder weniger skalierten Items sieht die DVfR überaus kritisch. Die vorhandenen personenkreisspezifischen Core-Sets könnten allerdings als Anhaltspunkte dienen. Die Empfehlung zum strukturierten Dialog würde sich auch decken mit den oben beschriebenen Inhalten des § 117 SGB IX.

Das Gesamtplanverfahren mündet in einen Verwaltungsakt, in welchem die Leistungen durch den Leistungsträger differenziert nach Art, Inhalt, Umfang und Dauer beschieden werden. Der Leistungsberechtigte erhält einen Abdruck dieses Bescheides. Zu prüfen sind Leistungsansprüche aus den Kap. 3 bis 6, Teil 2 SGB IX (siehe oben). Bei den Leistungen zur sozialen Teilhabe nach Kap 6 kann der Leistungsberechtigte gemäß § 116 Abs. 1 Assistenzleistungen durch Hilfskräfte, Leistungen zur Förderung der Verständigung und Leistungen zur Beförderung im Rahmen der Leistungen zur Mobilität als **pauschale Geldleistungen** wählen.

Leistungen zur Assistenz, zur Heilpädagogik, zum Erwerb und Erhalt praktischer Fähigkeiten und Kenntnisse, zur Förderung der Verständigung, zur Beförderung im Rahmen der Leistungen zur Mobilität und zur Erreichbarkeit einer Ansprechperson unabhängig von einer konkreten Inanspruchnahme können gemäß Abs.2 „an mehrere Leistungsberechtigte gemeinsam erbracht werden, soweit dies nach § 104 für die Leistungsberechtigten zumutbar ist und mit Leistungserbringern entsprechende Vereinbarungen bestehen“. Sie können auch auf Wunsch des Leistungsberechtigten gepoolt erbracht werden, „soweit die Teilhabeziele erreicht werden können“ (§ 116 Abs.3).

² **Artikel 25a Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch zum Jahr 2023**

§ 99 Leistungsberechtigter Personenkreis

(1) Eingliederungshilfe ist Personen nach § 2 Absatz 1 Satz 1 und 2 zu leisten, deren Beeinträchtigungen **die Folge einer Schädigung der Körperfunktion und -struktur einschließlich der geistigen und seelischen Funktionen** sind und die dadurch in Wechselwirkung mit den Barrieren in erheblichem Maße in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind.

Neben diesen beiden im Gesetz vorgesehenen Wahlmöglichkeiten bleibt logischer Weise noch die dritte Option, die Leistungen zur sozialen Teilhabe als personenzentrierte Fachleistung in Anspruch zu nehmen, sofern es der Leistungsberechtigte will und es den Besonderheiten des Einzelfalls entspricht (vgl. dazu Heinz, ZFSH 8/2017, S. 435 ff). Die Vergütung dieser Fachleistung wäre im Modell der Diakonie Bayern als Fachleistungsstunde abzubilden.

Aus dem oben Ausgeführten ergibt sich die Struktur für ein neues Entgeltsystem für ambulante und stationäre Angebote, die im neuen Gesetz leistungrechtlich nicht mehr unterschieden werden: Ein **Basisbetrag gesamt** für die Sicherstellung der Leistungserbringung unter Berücksichtigung ordnungsrechtlicher sowie arbeitsrechtlicher Vorgaben notwendige Personalstrukturen. Hinzu kämen die im Gesamtplan vereinbarten individuellen **personenzentrierten Fachleistungen** des jeweiligen Leistungsberechtigten. Damit wäre auch ein wesentlicher Schritt zu mehr Transparenz bei der Leistungserbringung unter Berücksichtigung der sich verschärfenden Anforderungen an die Wirkungskontrolle getan.

Die „**Gruppen mit vergleichbarem Bedarf**“ nach § 125 Abs.3 wären in diesem Sinne **nicht** mehr die bisherigen „**Metzler-Gruppen**“, sondern würden sich, wenn denn unbedingt erwünscht, in Zeitkorridoren der Fachleistungsstunden³ – differenziert nach Qualität der Leistung – abbilden. Aus unserer Sicht wären sie gänzlich entbehrlich.

2.3.2. Grundlage die Gesamtplanung nach Kapitel 7 SGB IX, 2. Teil

Bisher kannte das Leistungsrecht der Eingliederungshilfe normativ nur den Gesamtplan nach § 58 SGB XII. Wie beziehungsweise nach welchen Kriterien der Bedarf ermittelt wird, war bisher nicht bundesgesetzlich geregelt. Nunmehr wird im neuen SGB IX zwischen Bedarfsermittlungsinstrumenten (z. B. § 13 SGB IX n.F.) und Planverfahren ausdrücklich unterschieden (z. B. §§ 19 ff. SGB IX n.F.). Für die Eingliederungshilfe wird festgelegt, dass sich das Instrument der Bedarfsermittlung an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientieren muss. Die Gesamtplanung und die Ermittlung des Bedarfs des Leistungsberechtigten auf der Grundlage der ICF versteht die Diakonie als einen diskursiven Prozess, das das bio-psycho-soziale Modell zur Grundlage eines strukturierten Dialogs macht. Methodisch ist dies nicht mit einem einfachen Erfassungsbogen, sondern nur mit einem strukturierten Erhebungsleitfaden möglich. Dazu gibt es zahlreiche methodisch grundsätzlich geeignete Beispiele, z. B. Konzepte zur Erstellung von Förder- oder Hilfeplänen. Die haben zwar bislang die Aufgabe, die Arbeit eines Leistungserbringers nachvollziehbar zu machen, sie versuchen jedoch gleichermaßen, Bedarfe und Maßnahmen in einem diskursiven Prozess aufeinander abzustimmen und in pädagogisch unterstützendes Handeln umzusetzen. Wir verweisen in diesem Kontext auf die Ausführungen der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation vom August 2017⁴.

³ Im Rahmenvertrag nach § 131 Abs.1 Ziff.2 werden diese im Rückgriff auf § 125 Abs.3 Ziff.3 als Option zur Bildung von Hilfebedarfsgruppen genannt.

⁴ Die DVfR gibt deshalb im Folgenden aus fachlicher Sicht einige Hinweise zur Nutzung der ICF im Hinblick auf die Umsetzung des BTHG; sie möchte damit zu einer notwendigen Diskussion beitragen:

Es ist möglich, notwendig und zweckmäßig, Assessmentinstrumente auf der Basis des bio-psycho-sozialen Modells zu entwickeln, zumal in der ICF die personbezogenen Faktoren nicht kodifiziert sind. Dazu liegen für Schädigungen auf Körperebene (Strukturen und Funktionen) zahlreiche Assessmentinstrumente vor, mithilfe derer in den meisten Fällen auf die Beeinträchtigungen der Aktivitäten geschlossen werden kann, auch wenn diese

1. Bei der Nutzung der ICF ist zwischen der Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells, das der ICF zugrunde liegt, einerseits und der Nutzung der ICF als Klassifikation mit ihren verschiedenen Domänen, Kategorien und Codes einschl. der Beurteilungsmerkmale im Sinne eines Kodierungssystems andererseits zu unterscheiden. Das bio-psycho-soziale Modell ist ein Konzept, das davon ausgeht, dass sich Schädigungen auf den Ebenen der Körperstrukturen und -funktionen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe unter dem Einfluss von Kontextfaktoren wechselseitig im positiven wie auch negativen Sinn beeinflussen können. Dem folgt der gegenüber der ICF engere Behinderungsbegriff in § 2 Abs. 1 SGB IX im Wesentlichen.
2. Während die Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells in allen Kontexten der Rehabilitation unumstritten ist, erlangt die ICF als Kodierungs- bzw. Klassifikationssystem aufgrund der unzureichenden Operationalisierung bisher nur im Forschungskontext und in bestimmten klinischen Settings Bedeutung. Der Versuch, Art und Ausmaß einer Behinderung über Core Sets oder ICF-Checklisten abzubilden, hat lediglich eine heuristische und praktische Funktion in manchen klinischen Kontexten (Reha-Einrichtungen), und zwar zur Strukturierung und Vereinfachung von Reha-Prozessen (Assessment, Interventionen, Erfolgskontrolle, Dokumentation sowie Kommunikation im interdisziplinären Team). Ferner werden Core Sets in Forschungsvorhaben verwendet. Core Sets als krankheitsspezifische Zusammenstellung einiger „Kern-Items“ führen jedoch weder zu einer allgemeingültigen Beschreibung von individuellen Krankheitsfolgen und der damit assoziierten Behinderung noch zur umfassenden Ermittlung des individuellen zum Core Set passenden Unterstützungsbedarfes – u. a. deshalb, weil der Einfluss von personbezogenen Faktoren aufgrund des Fehlens einer zu deren Erfassung erforderlichen ICF-Systematik nicht strukturiert in die Überlegungen einfließt. Im klinischen Kontext wird dem Einfluss von Kontextfaktoren häufig nicht ausreichend Rechnung getragen, zumindest nicht in ihrer Gesamtheit, wobei es sicher erhebliche Unterschiede zwischen den Rehaeinrichtungen gibt. In anderen Zusammenhängen ist die Berücksichtigung der Kontextfaktoren insgesamt schwierig, weil die ICF nur für die Umweltfaktoren eine Systematik zur Verfügung stellt; für die personbezogenen Faktoren hingegen wird der Anwender von der WHO aufgefordert, sich selbst ein Bild zu machen. Somit erfassen die Codes einschl. der vorgesehenen Beurteilungsmerkmale das Gesundheitsproblem und seine individuellen Auswirkungen nur unzureichend, denn aufgrund der erwähnten fehlenden Ausgestaltung können nicht alle Wechselwirkungen systematisch für die Erhebung der Funktionsfähigkeit berücksichtigt werden. Wo sie verwendet werden, erfolgt die Nutzung zur strukturierten Dokumentation und ggf. für die Kommunikation im Team sowie für die Strukturierung der rehabilitativen Interventionen. Sie sind deshalb als Erhebungsinstrumente für die Bedarfsermittlung und -feststellung sowie für eine darauf gründende Teilhabeplanung außerhalb eines klinischen oder anderen rehabilitationspraktischen Kontextes, auch im Rahmen der beruflichen Rehabilitation, nicht einsetzbar. Die ICF ist weder als Konzeption noch als Klassifikation mit Blick auf eine Kodierung ein Assessment, somit auch nicht in Form von Core Sets oder selektierten gruppierten Codes gedacht; unter ICF-Experten ist dies fachlicher Konsens.
...
- c. In verschiedenen Ansätzen wird versucht, auf der Grundlage einiger selektierter ICF-Items und meist auch nur einiger herausgegriffener Lebensbereiche, deren Beschreibung eine repräsentative, valide und reliable Darstellung des Behinderungsbildes zugeschrieben wird, eine standardisierte Erfassung des Behinderungsbildes zur Ermittlung des Bedarfs vorzunehmen – z. B. im Entwurf zu einem neuen Teilhabeplan „RLP neu“. Auch hier gilt das unter Nr. 2 zu Core Sets Ausgeführte: Diese Vorgehensweise ist nicht gesetzeskonform, da der Bedarf individuell und umfassend zu ermitteln ist.

Instrumente das Behinderungsbild nicht nach dem bio-psycho-sozialen Modell umfassend abbilden können. Sie erheben auch nicht einen entsprechenden Anspruch. Standardisierte Instrumente zur ICF-konformen Erfassung der Aktivitäten und Teilhabe hingegen liegen noch nicht vor. Daran gilt es zu arbeiten.

Aus unserer Sicht stehen am Ende des Prozesses, der allen gegenüber transparent ist, die mit dem Leistungsberechtigten ausgehandelten Leistungen und die dafür notwendigen Leistungsstunden unter Angabe der Qualifikation des durchführenden Personals. Daraus lässt sich der diakonische Dritte Weg ableiten.

2.3.3. Grundsätze des Dritten Weges der Diakonie bei der Umsetzung des BTHG

2.3.3.1. Ermittlung des Leistungsbedarfs

Der **Ausgangspunkt für die Ermittlung des Leistungsbedarfes** kristallisiert sich um den Lebensmittelpunkt des Leistungsberechtigten, also seine Form des Wohnens: In einer Familie, allein in eigener Wohnung, in eigener Wohnung mit Partner, in einer Wohngemeinschaft oder in einem Wohnheim. Ergänzend dazu gilt das **Prinzip des zweiten Lebensbereiches**. Darunter verstehen wir u.a. eine Arbeitsstelle, den Schulbesuch, eine Ausbildung, ein Studium, einen Zuverdienstplatz, einen Tagesstätten-, Förderstätten- oder Seniorentagesstättenbesuch, einen WfbM-Arbeitsplatz oder eine Arbeit im Integrationsbetrieb.

In beiden Bereichen wird im Zuge der Gesamtplanung anhand der Kategorien aus der Domäne Aktivitäten und Teilhabe der **individuelle Leistungsbedarf** unter Berücksichtigung der für die individuellen Aktivitäten fördernden und hemmenden Umweltfaktoren sowie der personbezogenen Faktoren ermittelt. Dieser wird quantifiziert in Fachleistungsstunden, unterschieden nach Fach- und Hilfspersonal. Der Leistungsberechtigte entscheidet, welches Setting hinsichtlich des Wohnens und des zweiten Lebensbereiches seinem Bedarf in dem Rahmen, der vom Eingliederungshilfeträger geprüften **Angemessenheit des Wunsches**, am besten entsprechen. Es erfolgt darüber hinaus **keine** weitere Kategorisierung nach **Hilfebedarfsgruppen**.

Ergänzend zu ermitteln und im Gesamtplan festzuhalten ist, welche **Sachleistungen**⁵ gepoolt erbracht werden können und/oder individualisiert und welche durch **Geldpauschalen**⁶ abgegolten werden. Grundsätzlich sind aus unserer Sicht alle Assistenzleistungen – qualifizierte und die, die durch Hilfskräfte erbracht werden – gepoolt und als Einzelleistung erbringbar⁷.

⁵ Alle Assistenzleistungen im Rahmen der Sachleistung können gepoolt als auch individuell über Fachleistungsstunden erbracht werden; Anmerkung der Verfasser

2.3.3.2. Finanzierung der Angebote

Die Finanzierung der Angebote erfolgt gemäß den Settings des Lebensmittelpunktes und des zweiten Lebensbereiches über einen **Basisbetrag** für die Vorhaltung des ihm zu Grunde gelegten Leistungsangebotes und ergänzende Einnahmen durch die Erbringung **individueller Fachleistungen** gemäß der Feststellung des Gesamtplanes. Die Sockelbeträge werden nach Möglichkeit landesweit für bestimmte **Angebotstypen** verhandelt genauso wie die, den individuellen Fachleistungen zu Grunde gelegten, Sätze für eine Fachleistungsstunde entsprechend der für die Leistung notwendigen Qualifikation des Personals: Psychologen, Sozialpädagogen und Heilpädagogen, sonstige Fachkräfte (bspw. Heilerziehungspfleger, Erzieher, Ergotherapeuten, etc.), qualifizierte Hilfskräfte, sonstige geeignete Hilfskräfte.

Eine weitere **Differenzierung nach Behinderungsarten** ist **nicht vorgesehen**, dies widerspricht der ICF. Vielmehr wird den besonderen Belangen des Leistungsberechtigten bei der Feststellung seines Bedarfes insofern Rechnung getragen, als bei der Beschreibung der hierfür erforderlichen Maßnahmen auch die damit verbundenen Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung und damit an die Qualifikation des Personals Berücksichtigung finden müssen.

2.3.3.3. Abgrenzung und Schnittstellen zum mittelfränkischen Modell der Leistungsmodule

Exkurs: Modell Leistungsmodule

Der Bezirk Mittelfranken hat unter Beteiligung von Leistungserbringern Grundlagen erarbeitet, die eine 5-gliedrige modulare Versorgung zur sozialen Teilhabe, unabhängig von der Art der Behinderung und von dem Leistungsanbieter ermöglichen. Trotz modularer Leistungserbringung liegt

⁶ § 116 Pauschale Geldleistung

(1) Die Leistungen 1. zur **Assistenz zur Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung sowie Begleitung der Leistungsberechtigten** (§ 113 Absatz 2 Nummer 2 in Verbindung mit § 78 Absatz 1 Nummer 1 und Absatz 5),

2. zur **Förderung der Verständigung** (§ 113 Absatz 2 Nummer 6) und

3. zur **Beförderung im Rahmen der Leistungen zur Mobilität** (§ 113 Absatz 2 Nummer 7 in Verbindung mit § 83 Absatz 1 Nummer 1)

können mit Zustimmung der Leistungsberechtigten als pauschale Geldleistungen nach § 105 Absatz 3 erbracht werden. Die zuständigen Träger der Eingliederungshilfe regeln das Nähere zur Höhe und Ausgestaltung der pauschalen Geldleistungen sowie zur Leistungserbringung.

⁷ Auf die Leistungsform der Dienstleistung der Eingliederungshilfe wird nicht eingegangen. Die bezieht sich ausschließlich auf die Leistung des Trägers der Eingliederungshilfe gemäß § 105 SGB IX „Beratung und Unterstützung“.

dem Modell eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen mit Behinderung unter Einbeziehung seiner Fähigkeiten und Ressourcen zugrunde, die dem Leistungsberechtigten die für ihn aufgrund seines individuellen Hilfebedarfs notwendige Unterstützung zusichern soll. Zur Sicherstellung dieser Unterstützung wird in Mittelfranken mittels eines neu entwickelten Einstufungsinstrumentes (IMI) auf der Grundlage der ICF der Hilfebedarf erhoben und in eine Leistungsstundenbemessung übergeleitet. Die Entscheidung, in welchen Leistungsmodulen mit welchem Leistungsstundenumfang der Leistungsberechtigte Unterstützung erhält, trifft der Kostenträger im Rahmen des sozialhilferechtlichen Verfahrens. Ist der durch den Leistungsanbieter ermittelte Leistungsumfang/-inhalt für den Kostenträger nicht nachvollziehbar, sollen gemeinsame Personenkonferenzen einberufen werden.

Die künftigen Assistenzleistungen nach dem BTHG werden hier in 5 Modulen⁸ beschrieben. Von der Differenzierung eines jeden Moduls nach 5 Intensitätsstufen auf Basis bestimmter Zeitkorridore hat man inzwischen abgesehen. Die Bedarfsermittlung erfolgt nun je Modul im Rahmen eines dreimonatigen Erhebungszeitraums. Anschließend wird ein durchschnittlicher Stundenumfang berechnet, beurteilt und als Stunden pro Monat ausgewiesen. Der Monatsstundenwert wird dann auf ein Jahreskontingent hochgerechnet und kann im jeweiligen Bewilligungszeitraum flexibel eingesetzt werden, Veränderungen im Hilfebedarf werden während eines laufenden Bewilligungszeitraumes gegenüber dem Sozialleistungsträger nur dann mitgeteilt, wenn es sich dabei um eine absehbar dauerhafte und gravierende Veränderung bei der Assistenz handelt. Zudem besteht die Möglichkeit für den Leistungsberechtigten, sofern es die regionale Struktur der Eingliederungshilfeangebote hergibt, die Leistungen der einzelnen Module bei unterschiedlichen Leistungsanbietern abzurufen. Bei gleichzeitiger Nutzung mehrerer Leistungsanbieter durch einen Leistungsberechtigten macht das eine Kooperation zwischen diesen unerlässlich.

Beiden Ansätzen ist die in der Personenzentrierung so wesentliche Basis einer differenzierten Bedarfserhebung des individuellen Leistungsumfangs im Hinblick auf Quantität (Stunden) und Qualität (Qualifikation des Personals) gemein, wenn sich auch das IMI durch eine Engführung der ICF durch die Festlegung auf die Erhebung bestimmter ICF-Items grundlegend vom diakonischen Modell unterscheidet. Das Ziel einer Dynamisierung der Leistungsangebote hat nach vielen Jahren auch die Praxis bei den Leistungsmodulen verändert: sie sahen bis 2015 zeitlich definierte und damit begrenzte – nach unten wie oben – Zeitkorridore in den einzelnen Modulen vor (die ursprünglich auch über Äquivalenzziffern aus stationären Einrichtungen ermittelt wurden und somit weniger der Realität des Leistungsberechtigten als der Realität eines Leistungsberechtigten in einer

8

- Modul 1: Bewältigung von Auswirkungen der Behinderung, Bewältigung allgemeiner Aufgaben und Anforderungen, inklusive Kommunikation, Mobilität, Wahrnehmung, alltäglicher Wissenserwerb und –anwendung
- Modul 2: Aufnahme von persönlichen/sozialen Beziehungen und Interaktion mit anderen Personen (Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen)
- Modul 3: Selbstversorgung und häusliches Leben, inklusive wirtschaftliches Leben, sowie die Sorge um die eigene Gesundheit
- Modul 4: Elementare und schulische Bildung, Ausbildung und berufliche bzw. arbeitsähnliche Tätigkeit
- Modul 5: Erholung und Freizeit, Gemeinschafts- und staatsbürgerliches Leben

stationären Einrichtung entsprachen), um nun auf die individuelle Erhebung von Fachleistungsstunden umzustellen. Das diakonische Modell geht genauso von einer entsprechenden Feststellung des individuellen Bedarfs über Fachleistungsstunden aus, aber denkt die Unterstützung vom Lebensmittelpunkt des Leistungsberechtigten aus: z.B. gemeinschaftliches Wohnen oder Wohnen in der eigenen Wohnung. Denn dieses ist Teil des Hilfebedarfs und kann nicht wie beim Modell der Leistungsmodule ignoriert werden.

Im Unterschied zum Modell der Leistungsmodule ist demzufolge beim diakonischen Ansatz für eine auskömmliche Grundfinanzierung der Angebotstypen – ehemals Einrichtungen und Dienste – gesorgt. Der Basisbetrag gestattet den Leistungserbringern eine annehmbare Finanzierung, dabei bezieht sich der volatile Leistungsbestandteil auf die Individualleistungen des Leistungsberechtigten. Sie werden transparent und bestenfalls im Dialog zwischen Leistungsberechtigten, Leistungsträger und Leistungserbringer festgelegt. Sie sind Grundlage für individuelle Leistungsgewährung und Wirkungskontrolle. Hingegen zeigten die ersten Umsetzungsversuche des Modells der Leistungsmodule, dass der Leistungszuschnitt der Module – eine verwirrende Melange aus den 5 Leistungsbereichen des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans der Aktion Psychisch Kranke aus den 90-ern und den 9 Inhalten der Domäne „Aktivitäten und Teilhabe“ der ICF der WHO – gepaart mit der Wahlfreiheit des Leistungsanbieters letztere in prekäre wirtschaftliche Situationen bringen kann, weswegen viele Mitstreiter aus dem Modellvorhaben Leistungsmodule ausgeschert sind.

2.4. Stärkung der Attraktivität ambulanter Leistungserbringung

In der vom Gesetzgeber gewollten leistungsrechtlichen Gleichbehandlung ambulanter und stationärer Leistungsangebote sieht die Diakonie Bayern eine Chance zur betriebswirtschaftlichen Stärkung des ambulanten Sektors. Die oben beschriebene Verknüpfung von Basisbetrag und Fachleistungsvergütung ist auch anzuwenden auf die Vergütung ambulanter Angebote. Der Basisbetrag für Ambulant unterstütztes Wohnen würde sich zusammensetzen aus

- Leitung/Verwaltung
- Steuern/Abgaben/Versicherungen
- Verwaltungsbedarf
- Wirtschaftsbedarf
- Zentralverwaltung
- Sonderkosten für Betreute, Verbandsumlage
- Miete Büroräume/Gruppenraum inklusive Wasser/Energie/Brennstoffe

- Wartung
- Reinigung
- Kfz-Kosten
- Vorhaltung von mind. 2 Fachleistungsstunden pro Woche für Assistenzleistungen

3. Ergebnis

Die Diakonie Bayern will sich mit einem „dritten Weg“ der Leistungserbringung und –vergütung der offenen Diskussion stellen. Die einzelnen Kapitel haben aufgezeigt, dass eine Verknüpfung fachpolitischer Vorgaben des Gesetzes mit betriebswirtschaftlich vertretbarer Minimierung des wirtschaftlichen Risikos für die Leistungserbringer bisheriger stationärer Angebote bei gleichzeitiger Verbesserung der wirtschaftlichen Situation ambulanter Angebote gelingt.