

Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften
Politikwissenschaften
Blockseminar „Pflege in Deutschland“
Blockseminar 2.02.2012

Die Sozialversicherung in Deutschland

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

Pflegekassen (§ 46 SGB XI)

- (1) Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. Bei jeder Krankenkasse (§ 4 Abs. 2 des Fünften Buches) wird eine Pflegekasse errichtet. Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der Krankenversicherung führt die Pflegeversicherung für die Versicherten durch.
- (2) Die Pflegekassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Organe der Pflegekassen sind die Organe der Krankenkassen, bei denen sie errichtet sind. Arbeitgeber (Dienstherr) der für die Pflegekasse tätigen Beschäftigten ist die Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist.....

Finanzierung der Pflegeeinrichtung und Vergütung der Pflegeleistungen

Finanzierung der Pflegeeinrichtungen (§ 82 SGB XI)

- (1) Zugelassene Pflegeheime und Pflegedienste erhalten nach Maßgabe dieses Kapitels
1. **eine leistungsgerechte Vergütung** für die allgemeinen Pflegeleistungen (Pflegevergütung) sowie
 2. bei stationärer Pflege ein **angemessenes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung.**
- Die **Pflegevergütung ist von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern** zu tragen.
 - Sie umfasst bei **stationärer Pflege auch die soziale Betreuung** und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, **die medizinische Behandlungspflege.**
 - **Für Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Pflege hat der Pflegebedürftige selbst aufzukommen.**

Finanzierung der Pflegeeinrichtungen (§ 82 SGB XI)

- (2) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen **keine Aufwendungen berücksichtigt** werden für
1. Maßnahmen, die dazu bestimmt sind, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter **herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instandzuhalten oder instandzusetzen**; ausgenommen sind die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 zuzuordnen sind,
 2. den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken,
 3. Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern,
 4. den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen,
 5. die Schließung von Pflegeeinrichtungen oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben.
- (3) Soweit Aufwendungen für Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstige abschreibungsfähige Anlagegüter durch öffentliche Förderung gemäß § 9 nicht vollständig gedeckt sind, **kann die Pflegeeinrichtung diesen Teil der Aufwendungen den Pflegebedürftigen gesondert berechnen**. Gleiches gilt, soweit die Aufwendungen nach Satz 1 vom Land durch Darlehen oder sonstige rückzahlbare Zuschüsse gefördert werden.
- (4) Pflegeeinrichtungen, die nicht nach Landesrecht gefördert werden, können ihre betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen den Pflegebedürftigen ohne Zustimmung der zuständigen Landesbehörde gesondert berechnen. Die gesonderte Berechnung ist der zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.

Ausbildungsvergütung (§ 82a SGB XI)

- (1) Die Ausbildungsvergütung im Sinne dieser Vorschrift umfasst die Vergütung, die aufgrund von Rechtsvorschriften, Tarifverträgen, entsprechenden allgemeinen Vergütungsregelungen oder aufgrund vertraglicher Vereinbarungen an Personen, die nach Bundesrecht in der Altenpflege oder nach Landesrecht in der Altenpflegehilfe ausgebildet werden, während der Dauer ihrer praktischen oder theoretischen Ausbildung zu zahlen ist, sowie die nach § 17 Abs. 1a des Altenpflegegesetzes zu erstattenden Weiterbildungskosten.
- (2) Soweit eine nach diesem Gesetz zugelassene Pflegeeinrichtung nach Bundesrecht zur Ausbildung in der Altenpflege oder nach Landesrecht zur Ausbildung in der Altenpflegehilfe berechtigt oder verpflichtet ist, **ist die Ausbildungsvergütung** der Personen, die aufgrund eines entsprechenden Ausbildungsvertrages mit der Einrichtung oder ihrem Träger zum Zwecke der Ausbildung in der Einrichtung tätig sind, **während der Dauer des Ausbildungsverhältnisses in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 1, § 89) berücksichtigungsfähig**

Ehrenamtliche Unterstützung (§82b SGB XI)

Soweit und solange einer nach diesem Gesetz zugelassenen Pflegeeinrichtung, insbesondere

1. für die vorbereitende und begleitende Schulung,
2. für die Planung und Organisation des Einsatzes oder
3. für den Ersatz des angemessenen Aufwands

der Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie der ehrenamtlichen Und sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und Organisationen, für von der Pflegeversicherung Versorgte Leistungsempfänger nicht anderweitig gedeckte Aufwendungen entstehen, sind diese bei stationären Pflegeeinrichtungen in den Pflegesätzen (§ 84 Abs. 1) und bei ambulanten Pflegeeinrichtungen in den Vergütungen (§ 89) berücksichtigungsfähig.

Verordnung zur Regelung der Pflegevergütung (§ 83)

- (1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen über
1. die Pflegevergütung der Pflegeeinrichtungen einschließlich der Verfahrensregelungen zu ihrer Vereinbarung nach diesem Kapitel,
 2. den Inhalt der Pflegeleistungen sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4), den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) und den Zusatzleistungen (§ 88),
 3. die Rechnungs- und Buchführungsvorschriften der Pflegeeinrichtungen einschließlich einer Kosten- und Leistungsrechnung.....
 4. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag (§ 72 Abs. 1) orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,
 5. die nähere Abgrenzung der Leistungsaufwendungen nach Nummer 2 von den Investitionsaufwendungen und sonstigen Aufwendungen nach § 82 Abs. 2.

Vergütung der stationären Pflegeleistungen

Bemessungsgrundsätze (§ 84 SGB XI)

- (1) Pflegesätze sind die **Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger** für die teil- oder vollstationären **Pflegeleistungen** des Pflegeheims sowie für die **soziale Betreuung** und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, für die **medizinische Behandlungspflege**.
- In den Pflegesätzen dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen.

Bemessungsgrundsätze (§ 84 SGB XI)

(2) Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein.

- Sie sind nach dem **Versorgungsaufwand**, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, **in drei Pflegeklassen einzuteilen**;
- für Pflegebedürftige, die als **Härtefall** anerkannt sind, können **Zuschläge** zum Pflegesatz der Pflegeklasse 3 bis zur Höhe des kalendertäglichen Unterschiedsbetrages vereinbart werden.....
- Bei der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen **sind die Pflegestufen gemäß § 15 zugrunde zu legen**, soweit nicht nach der gemeinsamen Beurteilung des Medizinischen Dienstes und der Pflegeleitung des Pflegeheimes die Zuordnung zu einer anderen Pflegeklasse notwendig oder ausreichend ist.
- Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim **bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen**.
- **Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen**.
- Der Grundsatz der **Beitragssatzstabilität** ist zu beachten.
- Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden.
(Pflegeheimvergleich)

Bemessungsgrundsätze (§ 84 SGB XI)

- (4) Mit den Pflegesätzen sind **alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen** nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit **erforderlichen Pflegeleistungen** der Pflegeeinrichtung (allgemeine Pflegeleistungen) **abgegolten**. Für die allgemeinen Pflegeleistungen dürfen... ausschließlich die ... vereinbarten oder ...festgesetzten Pflegesätze berechnet werden, ...
- (5) In der Pflegesatzvereinbarung **sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtung festzulegen**. Hierzu gehören insbesondere
1. die Zuordnung des voraussichtlich zu versorgenden Personenkreises sowie **Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die von der Einrichtung während des nächsten Pflegesatzzeitraums erwartet werden**,
 2. die von der Einrichtung für den voraussichtlich zu versorgenden Personenkreis individuell **vorzuhaltende personelle Ausstattung**, gegliedert nach Berufsgruppen, sowie
 3. **Art und Umfang der Ausstattung** der Einrichtung mit Verbrauchsgütern (§ 82 Abs. 2 Nr. 1).
- (6) Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, mit der vereinbarten personellen Ausstattung die Versorgung der Pflegebedürftigen jederzeit sicherzustellen. Er hat bei **Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Pflegebedürftigen nicht beeinträchtigt wird**. Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der **Träger der Einrichtung in einem Personalabgleich nachzuweisen, dass die vereinbarte Personalausstattung tatsächlich bereitgestellt und bestimmungsgemäß eingesetzt wird**.

Pflegesatzverfahren (§ 85 SGB XI)

- (1) Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze werden zwischen dem Träger des Pflegeheimes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 vereinbart.
- (2) Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) sind der Träger des einzelnen zugelassenen Pflegeheimes sowie
 1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger,
 2. die für die Bewohner des Pflegeheimes zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie
 3. die Arbeitsgemeinschaften der unter Nummer 1 und 2 genannten Träger,
soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen jeweils mehr als fünf vom Hundert der Berechnungstage des Pflegeheimes entfallen. Die Pflegesatzvereinbarung ist für jedes zugelassene Pflegeheim gesondert abzuschließen.....

Pflegesatzkommission (§ 86 SGB XI)

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die überörtlichen oder ein nach Landesrecht bestimmter Träger der Sozialhilfe und die Vereinigungen der Pflegeheimträger im Land **bilden regional oder landesweit tätige Pflegesatzkommissionen**, die **anstelle der Vertragsparteien** nach § 85 Abs. 2 die Pflegesätze mit Zustimmung der betroffenen Pflegeheimträger **vereinbaren** können. § 85 Abs. 3 bis 7 gilt entsprechend.
- (2) Für Pflegeheime, **die in derselben kreisfreien Gemeinde oder in demselben Landkreis liegen**, kann die Pflegesatzkommission mit **Zustimmung der betroffenen Pflegeheimträger für *die gleichen Leistungen einheitliche Pflegesätze vereinbaren***. Die beteiligten Pflegeheime sind befugt, ihre **Leistungen unterhalb** der nach Satz 1 vereinbarten Pflegesätze **anzubieten**.

Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI)

Die als Pflegesatzparteien betroffenen Leistungsträger (§ 85 Abs. 2) vereinbaren mit dem Träger des Pflegeheimes die **von den Pflegebedürftigen zu tragenden Entgelte für die Unterkunft und für die Verpflegung jeweils getrennt**. Die Entgelte müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen

Berechnung und Zahlung des Heimentgelts (§ 87a SGB XI)

- (1) Die Pflegesätze, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten (**Gesamtheimentgelt**) werden für den Tag der Aufnahme des Pflegebedürftigen in das Pflegeheim sowie für jeden weiteren Tag des Heimaufenthalts berechnet (**Berechnungstag**).
 - Die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger endet mit dem Tag, an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt.
 - Der Pflegeplatz ist im Fall vorübergehender Abwesenheit vom Pflegeheim für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für den Pflegebedürftigen freizuhalten
 - Für Abwesenheitszeiträume, soweit drei Kalendertage überschritten werden, sind Abschläge von mindestens 25 vom Hundert der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung vorzunehmen

Berechnung und Zahlung des Heimentgelts (§ 87a SGB XI)

- (2) Bestehen **Anhaltspunkte** dafür, dass der pflegebedürftige Heimbewohner auf Grund der Entwicklung seines Zustands **einer höheren Pflegestufe zuzuordnen ist**, so ist er auf schriftliche Aufforderung des Heimträgers **verpflichtet**, bei seiner Pflegekasse **die Zuordnung zu einer höheren Pflegestufe zu beantragen**.
- Die Aufforderung ist zu begründen und auch der Pflegekasse sowie bei Sozialhilfeempfängern dem zuständigen Träger der Sozialhilfe zuzuleiten.
 - Weigert sich der Heimbewohner, den Antrag zu stellen, kann der Heimträger ihm oder seinem Kostenträger ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach der Aufforderung vorläufig den Pflegesatz nach der nächsthöheren Pflegeklasse berechnen.

Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§ 87 b SGB XI)

- (1) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen habenfür die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung **Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge** zur Pflegevergütung. Die Vereinbarung der Vergütungszuschläge setzt voraus, dass
1. die Heimbewohner über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinaus zusätzlich betreut und aktiviert werden,
 2. das Pflegeheim für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Heimbewohner über zusätzliches sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
 3. die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung der fünfundzwanzigste Teil der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
 4. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner nicht erbracht wird.

Zusatzleistungen (§88 SGB XI)

- (1) Neben den Pflegesätzen ... und den Entgelten ... darf das Pflegeheim mit den Pflegebedürftigen über die im Versorgungsvertrag vereinbarten notwendigen Leistungen hinaus ... **gesondert ausgewiesene Zuschläge für**
1. besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie
 2. zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen
- vereinbaren (Zusatzleistungen).** Der Inhalt der notwendigen Leistungen und deren Abgrenzung von den Zusatzleistungen werden in den Rahmenverträgen nach § 75 festgelegt.
- (2) Die Gewährung und Berechnung von Zusatzleistungen **ist nur zulässig**, wenn:
1. dadurch die notwendigen stationären oder teilstationären Leistungen des Pflegeheimes ... nicht beeinträchtigt werden,
 2. die angebotenen Zusatzleistungen nach Art, Umfang, Dauer und Zeitabfolge sowie die Höhe der Zuschläge und die Zahlungsbedingungen **vorher schriftlich** zwischen dem Pflegeheim und dem Pflegebedürftigen **vereinbart worden sind**,
 3. das Leistungsangebot und die Leistungsbedingungen den Landesverbänden der Pflegekassen und den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land vor Leistungsbeginn **schriftlich mitgeteilt worden sind**.

Vergütung ambulanter Pflegeleistungen

Grundsätze der Vergütungsregelung (§ 89 SGB XI)

- (1) Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird, **soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet**, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart.
- **Sie muss leistungsgerecht sein.** Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.
- (3) Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, **nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand** oder unabhängig vom Zeitaufwand **nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen** oder **in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen** werden;
- sonstige Leistungen wie **hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten** können auch mit **Pauschalen** vergütet werden. Die Vergütungen haben zu berücksichtigen,
 - Darüber hinaus sind auch Vergütungen für **Betreuungsleistungen** nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren

Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen (§ 90)

- (1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt,durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine **Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen zu erlassen**, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfasst ist. Die Vergütung muss **leistungsgerecht** sein, den Bemessungsgrundsätzen nach § 89 entsprechen und hinsichtlich ihrer Höhe regionale Unterschiede berücksichtigen.
- (2) Die Gebührenordnung **gilt nicht** für die Vergütung von ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen **Versorgung durch Familienangehörige und sonstige Personen**, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben.
 - Soweit die Gebührenordnung Anwendung findet, sind die davon betroffenen Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen nicht berechtigt, über die Berechnung der Gebühren hinaus weitergehende Ansprüche an die Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger zu stellen.

Qualitätssicherung

Qualitätsverantwortung (§ 112 SGB XI)

- (1) Die **Träger der Pflegeeinrichtungen bleiben**, unbeschadet des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen (§ 69), **für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen** einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität **verantwortlich**. Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den **Vereinbarungen nach § 113 sowie die vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale (§ 84 Abs. 5)**.
- (2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind **verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken**.
.....
- (3) Der MDK und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. **beraten die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung** mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken.

Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege (§ 113 SGB XI)

- (1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene **vereinbaren ...gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung** des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie **unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung** in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die **Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements**, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege (§ 113 SGB XI)

In den Vereinbarungen nach Satz 1 sind insbesondere auch Anforderungen zu regeln

- 1. an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen,
- 2. an Sachverständige und Prüfinstitutionen nach § 114 Abs. 4 im Hinblick auf ihre Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation sowie
- 3. an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach § 114 Abs. 4, die den jeweils geltenden Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität entsprechen müssen.

Expertenstandards zur Sicherung Weiterentwicklung der Pflege (§ 113a SGB XI)

- (1) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sicher.
- Expertenstandards tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei.
 - Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene sowie unabhängige Sachverständige sind zu beteiligen. Sie können vorschlagen, zu welchen Themen Expertenstandards entwickelt werden sollen.
 - Der Auftrag zur Entwicklung oder Aktualisierung und die Einführung von Expertenstandards erfolgen jeweils durch einen Beschluss der Vertragsparteien.
 - Kommen solche Beschlüsse nicht zustande, kann jede Vertragspartei sowie das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Schiedsstelle nach § 113b anrufen. Ein Beschluss der Schiedsstelle, dass ein Expertenstandard gemäß der Verfahrensordnung nach Absatz 2 zustande gekommen ist, ersetzt den Einführungsbeschluss der Vertragsparteien.

Schiedsstelle Qualitätssicherung (§ 113b SGB XI)

- (1) Die Vertragsparteien nach § 113 richten gemeinsam bis zum 30. September 2008 eine Schiedsstelle Qualitätssicherung ein. Diese entscheidet in den ihr nach diesem Gesetz zugewiesenen Fällen. Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage gegen die Entscheidung der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung.

Qualitätsprüfungen (§ 114 SGB XI)

- (1) Zur Durchführung einer Qualitätsprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen **dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung**, ... im Umfang von 10 Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge oder den von ihnen bestellten Sachverständigen einen Prüfauftrag. Der Prüfauftrag enthält Angaben zur Prüffart, zum Prüfgegenstand und zum Prüfumfang. **Die Prüfung erfolgt als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung.** Die Pflegeeinrichtungen haben die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfungen zu ermöglichen.
- (2) Die Landesverbände der Pflegekassen veranlassen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen **regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr eine Prüfung** durch den MDK....oder durch **von ihnen bestellte Sachverständige (Regelprüfung).**
- Zu prüfen ist, ob die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und nach den auf dieser Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. Die Regelprüfung erfasst insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (**Ergebnisqualität**). Sie kann auch auf den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung (**Prozessqualität**) sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (**Strukturqualität**) erstreckt werden

Ergebnisse von Qualitätsprüfungen (§ 115 SGB XI)

- (1a) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, **übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden.**
- (3) Hält die Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere **ihre Verpflichtungen** zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag (§ 72) **ganz oder teilweise nicht ein, sind** die.....vereinbarten **Pflegevergütungen** für die Dauer der Pflichtverletzung **entsprechend zu kürzen.** Über die Höhe des Kürzungsbetrags ist zwischen den Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 Einvernehmen anzustreben. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle..... Gegen die Entscheidung nach Satz 3 ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben; ein Vorverfahren findet nicht statt, die Klage hat aufschiebende Wirkung
- (5) Stellen der MDK oder...**schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege** fest, kann die zuständige Pflegekasse **dem Pflegedienst** auf Empfehlung des MDK..... **die weitere Betreuung** des Pflegebedürftigen **vorläufig untersagen;**

Persönliches Budget

§ 35a Teilnahme an einem trägerübergreifenden

Persönlichen Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 des SGB IX

- Pflegebedürftige können auf Antrag **die Leistungen nach den §§ 36, 37 Abs. 1, §§ 38, 40 Abs. 2 und § 41** auch als Teil eines **trägerübergreifenden Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches** in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 des Neunten Buches erhalten;
- bei der Kombinationsleistung nach § 38 ist nur das anteilige und im Voraus bestimmte Pflegegeld als Geldleistung budgetfähig,
- die Sachleistungen nach den §§ 36, 38 und 41 dürfen nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch berechtigen.
- Der beauftragte Leistungsträger nach § 17 Abs. 4 des Neunten Buches hat sicherzustellen, dass eine den Vorschriften dieses Buches entsprechende Leistungsbewilligung und Verwendung der Leistungen durch den Pflegebedürftigen gewährleistet ist. Andere als die in Satz 1 genannten Leistungsansprüche bleiben ebenso wie die sonstigen Vorschriften dieses Buches unberührt.

Persönliches Budget nach § 17 Abs. 2 SGB IX, § 2 Abs. 2 SGB V, § 35a SGB XI usw.

Sozialleistungsrecht übergreifendes Recht:

- § 2 Abs. 2 SGB V: Die Leistungen können auf Antrag auch als Teil eines trägerübergreifenden Budgets erbracht werden
- § 17 Abs. 2 SGB IX: Leistungen zur Teilhabe können auf Antrag auch durch ein persönliches Budget ausgeführt werden
- § 35a SGB XI: ..können auf Antrag Leistungen nach §§ 36,37 Abs. 1, §§ 38, 40 Abs. 2 und 41 SGB XI auch als Teil eines trägerübergreifenden Budgets erbracht werden
- § 57 SGB XII – Leistungen der Eingliederungshilfe können als trägerübergreifendes persönliches Budget erbracht werden

Personenbezogenes Budget nach § 8 Abs. 3 SGB XI

- Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung *neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen*
- Vorrangig in einer Region Möglichkeiten eines personenbezogenen Budgets sowie neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige zu erproben
- Abweichungen von den Regelungen des 7. Kapitels des SGB XI sowie § 36 zulässig

Persönliches Budget nach § 17 Abs. 2 SGB IX

- keine eigenständige Versorgungsform sondern
 - die Ausführung aller budgetfähigen Leistungen des SGB V, IX, XI, XII als Leistung aus einer Hand
- mit der Zielsetzung,
- den Leistungsberechtigten ein möglichst selbstbestimmtes Leben in eigener Verantwortung zu ermöglichen

Das Persönliche Budget

- ist das Instrument, mit dem das in § 1 SGB IX verankerte Ziel der Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe in die sozialrechtliche Praxis umgesetzt wird.
- Es gestattet den Berechtigten
 - mit zu entscheiden, welche Leistungen benötigt werden und wie, auf welche Weise, durch wen und zu welchem Zeitpunkt ausgeführt werden (Zugleich auch Operationalisierung der §§ 9 Abs. 1 + 3, 10 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 SGB IX)
 - die Leistungserbringung und –ausführung unter Nutzung der Eigenkompetenz und –erfahrung besonders wirksam zu managen, zu steuern und durchzuführen

Inhalt des Budgets nach § 17 SGB IX sind
alle Teilhabeleistungen nach dem SGB IX (d.h. auch die
im Rahmen der der Eingliederungshilfe nach dem SGB
XII) sowie

erforderliche sonstige Leistungen

- der Krankenkassen nach dem SGB V
- der Pflegekassen nach dem SGB XI
- der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit
- der Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe

**die sich auf alltägliche, regelmäßig wiederkehrende
Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch
Gutscheine erbracht werden können.**

Umfang des Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX

- Durch das Persönliche Budget ist der nach § 10 Abs. 1 SGB IX festgestellte individuelle Bedarf einschl. der erforderlichen Beratung und Unterstützungsleistungen zu decken.
- Entscheidend für den Umfang des Budgets sind danach die Feststellungen des verantwortlichen Trägers im Rahmen der ICF-orientierten Ermittlung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs nach § 10 SGB IX

Bedarfsfeststellung nach § 10 SGB IX

Nach § 17 Abs. 3 Satz 3 SGB IX ist das Budget ausdrücklich auf der Basis der nach § 10 SGB IX getroffenen Feststellungen zu bemessen. D.h., dass der Bedarf ausdrücklich alle Leistungen umfasst, die zur Behandlung von Teilhabebeeinträchtigungen in den neun Bereichen der ICF, insbesondere der

- körperlichen Integrität
- seelischen Integrität
- sozialen Integrität
- Integrität der Aktivitäten und Leistungen sowie der
- Partizipation

zur Erreichung der Rehabilitationsziele erforderlich und wirksam sind.

Kernproblem: Bedarfsermittlung

- SGB IX: Interdisziplinäre Sachverständigengutachten nach § 14 (tatsächlich vorwiegend medizinisch – Beeinträchtigung der physischen und psychischen Strukturen und Funktionen – ausgerichteten Gutachten nach der gemeinsamen Empfehlung „Einheitliche Begutachtung“)
- SGB V: Med. Begutachtung des MDK nach § 275 Abs. 1; tats. häufig nur ärztliche Verordnungen
- SGB XI: Pflegeeinstufung durch den MDK nach § 18: Gesetzlich ausdrücklich beschränkt auf die Untersuchung der Einschränkungen nach § 14 Abs. 4

Fazit zur Bedarfsermittlung:

- In keinem Zweig der Sozialversicherung existieren geeignete Assessments zur Bedarfsfeststellung.
Den gesetzlichen Anforderungen genügen noch am ehesten die Verfahren zur Hilfeplanung nach dem SGB XII, die allerdings auch länderspezifisch differieren und durchweg nicht ICF-orientiert sind.
- Mein Thema müsste richtiger Weise lauten:
„Wie setzt man geltendes Recht durch?“ – Ohne gesetzmäßige und geeignete Assessments keine rechtmäßige Leistungsgewährung !
- Die Erprobungsphase bis 31.12.07, in der nur ein Ermessensanspruch auf das persönliche Budget besteht, sollte vor allem der Entwicklung systematischer Bedarfsermittlungsverfahren (Assessments) dienen
- Bisher sind jedoch keine bundeseinheitlich verwertbaren Ansätze zu erkennen

Leistungen, die Gegenstand des Budgets sein können

- Der Gesetzgeber halt – mit Ausnahme des SGB XI – in den für die Träger geltenden spezifischen Leistungsgesetzen keine (beschränkenden) Definitionen darüber aufgenommen, welche Leistungen durch ein Persönliches Budget ausgeführt werden können oder nicht
- Grundsätzlich können danach alle Teilhabeleistungen, die gesamten Leistungen nach dem SGB V und alle in einem Sozialgesetz (Ausnahme SGB XI) enthaltenen Leistungen zur Pflege Gegenstand des Persönlichen Budgets sein, soweit sie
- sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können.

Konkretisierung der Budgetinhalte im Bereich der Krankenversicherung

- Empfehlung der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen zur Umsetzung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets gem. § 17 SGB IX vom 28.6.2004
- Obwohl keine gesetzliche Einschränkung, Begrenzung durch die Selbstverwaltung auf:
 - Häusliche Krankenpflege
 - Haushaltshilfe
 - Fahrkosten
 - Reisekosten
 - Reha-Sport
 - Funktionstraining
 - zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel
 - Betriebskosten bei Hilfsmitteln
 - Aufwundersatz für Blindenführhunde
 - Gebärdensprachdolmetscher
- Ohne Begründung (mangelnde Regiefähigkeit?) ausgenommen: Ärztliche Behandlung, Heilmittel, Arzneimittel, Reha-Leistungen (obwohl letztere nach § 17 Abs. 2 S. 1 SGB IX ausdrücklich bereits gesetzlich einbezogen sind), sowie ambulante und stationäre Hospizleistungen, Soziotherapie, die allesamt insbesondere in Budgets für pflegebedürftige Menschen besonders wirksam sein können.

Konkretisierung der Budgetinhalte im Bereich der Pflegeversicherung (§ 35a SGB XI)

Abschließende gesetzliche Auflistung

- Pflegesachleistung nach § 36**
- Pflegegeld nach § 37 Abs. 1
- Kombinationsleistung nach § 38*,**
- zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel
nach § 40 Abs. 2
- Tags- und Nachtpflege nach § 41**

* nur das anteilige und im Voraus bestimmte Pflegegeld als Geldleistung

** Sachleistungen als Gutscheine

Inhalte des Persönlichen Budgets nach dem SGB IX/XII

Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft:

- Versorgung mit anderen als in §§ 31 SGB IX bzw. § 40 SGB XI genannten Hilfsmitteln
- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt
- Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht
- Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohneinrichtungen
- Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben
- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich sind, behinderte Menschen für sie erreichbare Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen

Inhalte des Persönlichen Budgets nach dem SGB XII - Leistungen der Eingliederungshilfe -

- Alle Leistungen der Eingliederungshilfe können Gegenstand des Persönlichen Budgets sein
- Das sind neben den Leistungen nach dem SGB IX insbesondere die nach § 54 SGB XII:
 - Hilfen zu einer angemessenen Schulausbildung
 - Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschl. des Besuchs der Hochschule
 - Hilfen zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit
 - Hilfe in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten
(Werkstätten f. Behinderte vergleichbare Einrichtungen)
 - nachgehende Hilfen zur Sicherung der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben

Pflegebedürftige sind auch Behinderte im Sinne des § 2 SGB IX

- Pflegebedürftige Menschen sind in der Regel zugleich
 - behinderte Menschen im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX oder von
 - Behinderung bedrohte Menschen im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX
- Ein Mensch ist auch dann behindert oder von Behinderung bedroht, wenn er pflegebedürftig ist oder wird
- Ein Mensch verliert seine Rechte und Ansprüche nach dem SGB IX nicht deshalb, weil er zugleich auch Leistungen nach dem SGB XI beanspruchen kann
- Es kann allenfalls um die Vermeidung von Doppelleistungen gehen.

Verfahren der Budgetgewährung durch BudgetV einheitlich und bindend (1)

- Der nach § 14 SGB IX zuständige Leistungsträger oder der Träger der gemeinsamen Servicestelle, bei der der Antrag gestellt wird, ist als „Beauftragter“ Herr des Verfahrens, er
 - beteiligt die übrigen leistungsverpflichteten Träger
 - stellt den Budgetbedarf fest und holt **Stellungnahmen** der übrigen Träger ein
 - zum Bedarf, der durch Budget gedeckt wird
 - der Höhe des Budget
 - dem Inhalt der Zielvereinbarung
 - dem Beratungs- und Unterstützungsbedarf

Verfahren der Budgetgewährung durch BudgetV einheitlich und bindend (2)

- berät gemeinsam mit dem Berechtigten- ggfls. auch mit den übrigen Trägern – in einem Bedarfsfeststellungsverfahren das Ergebnis seiner Feststellungen sowie die **Zielvereinbarung** über
 - die Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele
 - die Erforderlichkeit des Nachweises für die Deckung des individuellen Bedarfs sowie
 - die Qualitätssicherung
- erlässt den Verwaltungsakt (d.h., er entscheidet über den Umfang des Budgets und die darin enthaltenen Leistungen) und erbringt das Budget und damit die Leistungen für alle Träger verantwortlich aus einer Hand.

Die Zielvereinbarung

- hat den Charakter eines öffentlich-rechtlichen Vertrages ohne eine formal vorgegebene Schriftform und sollte Anlage des Verwaltungsaktes über die Leistungsbewilligung sein.
- Sie bindet die beteiligten Leistungserbringer einerseits im Innenverhältnis zueinander, andererseits gemeinsam im Verhältnis zum Leistungsberechtigten.
- Sie ist die Plattform, auf der die Reha-Träger ihre gesetzlichen Pflichten sichern müssen
 - Zielorientierung und Wirksamkeit der durch das Budget auszuführenden Leistungen im Sinne der Zielerreichung
 - Qualität der Leistungen, Qualitätssicherung usw.

Dabei gehört zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung z.B. auch die Unterstützung des Berechtigten bei der Preisgestaltung mit den Leistungserbringern (z.B. durch Rahmenverträge nach § 21 Abs. 2 SGB IX).

Ausführung des Budgets nach § 17 SGB IX

- in der Regel als Geldleistung
 - in begründeten Fällen durch Gutscheine
- wobei
- in § 35a SGB XI ausdrücklich klargestellt wird, dass die Gutscheine dazu dienen, Sachleistungen budgetfähig zu handhaben
 - was für Sachleistungen im Rahmen des SGB V, SGB IX auch heißt, diese auf den nach § 10 SGB IX festgestellten Bedarf zuschneiden zu können

Fazit:

- Das Persönliche Budget ist als Grundlage der Leistungsgewährung aus einer Hand sozialrechtsübergreifend einheitlich und verbindlich installiert
- Das Persönliche Budget erwartet von den Sozialleistungsträgern nicht nur Verantwortung bei der
 - Sicherstellung und Ausführung der Leistung, sondern
 - Akzeptanz der Mitentscheidungsrechte der Berechtigten
 - Klient-bezogene Unterstützung der Berechtigten (Case- und Care-Management) sowohl bei der Feststellung des Leistungsbedarfs als auch bei der Organisation und Ausführung der Leistung
- Die Sozialleistungsträger müssen sich vom Leistungsverwalter zum unterstützenden und fördernden „Kümmerer“ umorganisieren, der Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und das Selbstmanagement der Berechtigten im Sinne selbstbestimmter Teilhabe als Selbstverständnis und Basis der des Verwaltungshandelns akzeptiert und fördert

UN-Behindertenrechtskonvention

UN-Behindertenrechtskonvention

- Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13.12.2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
- Fakultativprotokoll vom 13.12.2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
- Kurz:
UN-Behindertenrechtskonvention
oder
BRK

UN-Behindertenrechtskonvention

- In der Bundesrepublik Deutschland in Kraft getreten am 26.März 2009
- durch einfaches Bundesgesetz mit Zustimmung der Länder (BT-Drs. 16/10808 v. 8.11.2008)

UN-Behindertenrechtskonvention

- Die Bundesrepublik ist mit der Ratifizierung des Völkerrechts-vertrages internationalen Pflichten eingegangen, die – mit Blick auf die zur Umsetzung in den Staaten vereinbarten Berichtspflichten – im Inland auch tatsächlich verwirklicht werden müssen.
- Nach Art. 4 Abs. 5 gelten die Bestimmungen der BRK *ohne Einschränkung oder Ausnahme für alle Teile eines Bundesstaates*, d.h. auch für die kommunalen Gebietskörperschaften.
- National ist die BRK zunächst nur ein Bundesgesetz, das
 - zTl über bestehendes Recht (z.B. das SGB IX)
hinausgehende zusätzliche Regelungen schafft
 - zTl mit vorhandenem Recht kollidiert (z.B SGB V, XII)
 - in Konkurrenz zu vorhandenem nationalen Recht steht
(insbesondere SGB IX)
- Abgesehen von inhaltlichen Fragen, ergibt sich schon allein daraus ein erheblicher gesetzlicher Anpassungs- und gesetzgeberischer Handlungsbedarf.

UN-Behindertenrechtskonvention

- Die BRK ist der erste universelle Völkerrechtsvertrag, der den anerkannten Katalog der Menschenrechte, wie er im International Bill of Human Rights zum Ausdruck kommt, auf die Situation behinderter Menschen zuschneidet.
- Der BRK liegt ein Verständnis von Behinderung zugrunde, das sie als normalen Bestandteil menschlichen Lebens und menschlicher Gesellschaft ausdrücklich bejaht.
- Das Behinderungsverständnis der BRK geht nicht vollständig im „diversity-Ansatz“ auf. Komplementär wird Behinderung auch durch soziale Problemlagen definiert, unter denen der Behinderte leidet.
- Unter Berücksichtigung von Autonomie und Unabhängigkeit wird die Zielsetzung eines verstärkten Zugehörigkeitsgefühls (enhanced sense of belonging) verfolgt, das durch eine „vollständige und wirksame Partizipation und Inklusion in der Gesellschaft“ zu verwirklichen ist.

UN-Behindertenrechtskonvention

- Nach der Konvention gehören *individuelle Autonomie und soziale Inklusion* unauflöslich zusammen:
 - sie müssen für ein angemessenes Verständnis zusammen gelesen und auch in der praktischen Umsetzung der Konventionsverpflichtungen stets zusammen bedacht werden.
- Dies gilt auch für das gesamte Sozialleistungsrecht – nicht nur für die Leistungen zur Teilhabe, sondern auch z.B. für das Krankenversicherungsrecht.

UN-Behindertenrechtskonvention

- enthält keinen vom Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) abweichenden Begriff der Behinderung
- enthält – orientiert an der Menschenwürde - ein absolutes Verbot der Diskriminierung behinderter Menschen
- beschreibt in Zieldefinitionen zu den verschiedenen Lebens- und Rechtsbereichen welche Bedingungen hergestellt sein müssen, damit von einer diskriminierungsfreien Lebenssituation ausgegangen werden kann.

Beispiele für Diskriminierung im deutschen Sozialrecht:

- Die Zielorientierung der medizinischen Rehabilitation auf die Herstellung von Alltagskompetenz in der MDK-Begutachtungsrichtlinie schränkt den uneingeschränkten Anspruch auf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ein.
- Die Einschränkung des Wunschrechts in § 13 SGB XII Abs. 1 Satz 4 bei der Wahl der Leistungsart abhängig, davon, dass keine Mehrkosten entstehen, ist nicht nur diskriminierend, sondern verstößt auch unmittelbar gegen Art. 19 BRK (u.a. freie Wahl der Wohnung)
- Seit Inkrafttreten der BRK können die Betroffenen unter Berufung auf die BRK jetzt schon im Einzelfall gegen solche Diskriminierungen vorgehen.

Gliederung der Konvention

- Artikel 1 bis 3
Zweck, Begriffsbestimmung, Allgemeine Grundsätze
- Artikel 4 und 5
Allgemeine Verpflichtungen, Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung
- Artikel 6 und 7
Frauen und Kinder mit Behinderungen
- Artikel 8 – Bewusstseinsbildung –
- Artikel 9 – Zugänglichkeit –
- Artikel 10 bis 18
Recht auf Leben; Gefahrensituationen u. humanitäre Notlagen;
Gleiche Anerkennung vor dem Recht, Zugang zur Justiz, Freiheit
und Sicherheit der Person, Freiheit von Folter...oder erniedri-
gender Behandlung; Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und
Missbrauch

Gliederung der Konvention

- Artikel 19 – unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft
- Artikel 20 - Mobilität
- Artikel 21 – Recht der freien Meinungsäußerung.....Zugang zu Informationen
- Artikel 22 – Achtung der Privatsphäre
- Artikel 23 – Achtung der Wohnung und Familie
- Artikel 24 – Bildung

Gliederung der Konvention

- Artikel 25 – Gesundheit
- Artikel 26 – Habilitation und Rehabilitation
- Artikel 27 – Arbeit und Beschäftigung
- Artikel 28 – Angemessener Lebensstandard
und sozialer Schutz
- Artikel 29 – Teilhabe am politischen und
öffentlichen Leben
- Artikel 30 – Teilhabe am kulturellen Leben
sowie an Erholung, Freizeit
und Sport

Handlungsbedarfe

- Handlungsbedarf besteht sowohl auf der Ebene des Bundesgesetzgebers z.B. hinsichtlich der Überarbeitung u.a. des
 - Zivilrechts, wie auch des
 - Sozialversicherungsrechts und des
 - Sozialrechts

Handlungsbedarf

besteht aber auch im Rahmen der Gesetzgebungskompetenz der Länder, u.a.

- Inklusive Bildung (Schule, Kindergarten usw.)
- Baurecht (Barrierefreiheit im öffentlichen und privaten Wohnungsbau; Barrierefreiheit in geförderten Einrichtungen)
- Verkehrsrecht, Verkehrswegerecht (Barrierefreiheit, Zugänglichkeit)
- Gleiche Anerkennung vor dem Recht/Zugang zur Justiz; Justizvollzug; Maßregelungsvollzug
- Barrierefreiheit und Zugänglichkeit im Gesundheits- und Sozialwesen (u.a. niedergelassene Ärzte, Krankenhaus, Pflegeeinrichtungen, Heimrecht, Psychiatrie)
- Barrierefreie Teilhabe an Gemeinschaftsveranstaltungen (Sport, Freizeit, Kultur usw.)
- Bewusstseinsbildung

Zu ausgewählten Inhalten

Nachfolgend soll auf bestimmte Artikel
Kurz eingegangen werden.

Artikel 1 Abs. 2 – Zweck -

Zu den Menschen mit Behinderungen zählen
Menschen

- die *langfristige* körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben (langfristig bedeutet nach § 2 SGB IX: voraussichtlich länger als 6 Monate),
- welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren
- an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können

BRK Art. 4 Allgemeine Verpflichtungen der Vertragsstaaten

- (1) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, die volle Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderung zu gewährleisten und zu fördern.
- Zu diesem Zweck verpflichten sich die Vertragsstaaten,
 - a) alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs- und sonstigen Maßnahmen (...) zu treffen; (...)

Folgen:

- - fraglich, ob Gesetzesänderungen erforderlich (Bundesregierung: Nein, BT-Drs. 16/10808)
- - aber Auslegung und Anwendung deutschen Rechts in Übereinstimmung mit BRK durch Verwaltung und Gerichte
- - vgl. BSG, Urt. v. 29.4.2010 – Az. B 9 SB 2/09 R – zum Anspruch des nur geduldeten Ausländers auf Feststellung des GdB

BRK Art. 4 Allgemeine Verpflichtungen der Vertragsstaaten

- **(2) Hinsichtlich der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte verpflichtet sich jeder Vertragsstaat, unter Ausschöpfung seiner verfügbaren Mittel (...) Maßnahmen zu treffen, um nach und nach die volle Verwirklichung dieser Rechte zu erreichen.**

BRK Art. 4 Allgemeine Verpflichtungen der Vertragsstaaten

- **(3) Bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften**
- **und politischen Konzepten zur Durchführung dieses**
- **Übereinkommens und bei anderen Entscheidungsprozessen**
- **in Fragen, die Menschen mit Behinderungen betreffen, führen**
- **die Vertragsstaaten mit den Menschen mit Behinderungen**
- **(...) über die sie vertretenden Organisationen enge**
- **Konsultationen und beziehen sie aktiv ein.**

Auswirkungen:

- **- betrifft Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherungsträger**
- **- bisher in vielen Bereichen nicht formalisiert; § 13 VI SGB IX**

UN-Behindertenrechtskonvention

- Nach Artikel 3 BRK sind Grundlage der Rechte behinderter Menschen, die Achtung
 - der Menschenwürde
 - der individuellen Autonomie
 - der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie die Selbstbestimmung.
- Aber auch (u.a.)
 - Nichtdiskriminierung
 - *volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft*
 - Achtung der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen
 - ihre Akzeptanz als Teil der menschlichen Vielfalt
 - sowie ihre Chancengleichheit und Barrierefreiheit.

BRK Art. 5 Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung

- (1) Die Vertragsstaaten anerkennen, dass alle Menschen vor dem Gesetz gleich sind (...).
- (2) Die Vertragsstaaten verbieten jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung und garantieren Menschen mit Behinderung gleichen und wirksamen Schutz vor Diskriminierung (...).
- (3) Zur Förderung der Gleichberechtigung (...) unternehmen die Vertragsstaaten alle geeigneten Schritte, um die Bereitstellung angemessener Vorkehrungen zu gewährleisten

Folgen:

- - Schutz vor Diskriminierung: Wirkung ins Zivilrecht (AGG)
- - Angemessene Vorkehrungen: Änderungen oder Anpassungen, die keine unverhältnismäßige Belastung darstellen (insbesondere: Arbeitsrecht)

BRK Art. 9 Zugänglichkeit

- (1) Um Menschen mit Behinderungen eine unabhängige Lebensführung
- und die volle Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen,
- treffen die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen mit dem Ziel,
- Menschen mit Behinderungen den gleichberechtigten Zugang (...) zu (...) Einrichtungen und Diensten, die der Öffentlichkeit (...) offenstehen (...) zu gewährleisten.
- Diese Maßnahmen, welche die Feststellung und Beseitigung von Zugangshindernissen und –barrieren einschließen, gelten unter anderem für
- a) Gebäude (...) einschließlich Schulen, Wohnhäusern, medizinischer Einrichtungen und Arbeitsstätten;

Wirkung:

- - Keine Beschränkung auf den öffentlichen Sektor
- - Bisher zumindest faktisch unzureichende Umsetzung durch Behindertengleichstellungsrecht (BGG), § 17 SGB I, § 19 SGB IX sowie durch DIN 18040-1 (barrierefreies Bauen öffentliche Gebäude) und DIN 18040 – 2 (barrierefreies Bauen – Wohnungen) in Kraft getreten 2010 und 2011

Artikel 19: Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft

Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens anerkennen das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, und treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern indem sie unter anderem gewährleisten, dass

- a) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben;
- b) Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist;
- c) gemeindenahe Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung zur Verfügung stehen und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen.

- **SGB XII § 13 (1) (...) 3 Der Vorrang der ambulanten Leistung gilt nicht, wenn eine Leistung für eine geeignete stationäre Einrichtung zumutbar und eine ambulante Leistung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist. 4 Bei der Entscheidung ist zunächst die Zumutbarkeit zu prüfen. 5 Dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände angemessen zu berücksichtigen. 6 Bei Unzumutbarkeit ist ein Kostenvergleich nicht vorzunehmen.**

Art. 25 BRK Gesundheit

- **1 Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben.**

Bewertung:

- - **Kernpunkt: gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung**
- - **gesundheitliche Rehabilitation (health-related rehabilitation), nicht medizinische Rehabilitation**

Art. 25 BRK Gesundheit

- **2 Insbesondere**
- **a) stellen die Vertragsparteien Menschen mit**
- **Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche**
- **Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von**
- **derselben Qualität und auf demselben Standard zur**
- **Verfügung wie anderen Menschen (...);**

Bewertung:

- **- Zugänglichkeit ist Voraussetzung;**
- **Gewährleistungsverantwortung der Sozialleistungsträger**
- **nach § 17 SGB I**
- **- Auch behinderte Menschen müssen zwischen**
- **Leistungserbringern wählen können**
- **- Risikoselektion ist zu minimieren**

Art. 25 BRK Gesundheit

- **2 Insbesondere**
- **b) Bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden (...)**
- **einschließlich Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen (...);**

Bewertung:

- **- (Sekundär-) Präventive Leistungen gefordert**
- **- Verantwortung insbesondere der Krankenkassen und Träger der Sozialhilfe für Frühförderung (§ 30 SGB IX) und pflegemindernde Rehabilitation (§§ 26, 55 SGB IX)**

Artikel 26 Habilitation und Rehabilitation

Dieser Artikel verpflichtet die Vertragsstaaten

- insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der **Sozialdienste**
- umfassende **Habilitations- und Rehabilitationsdienste** und – **programme zu organisieren**, zu stärken und zu erweitern, die
- im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer **multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen (Netzwerk!)**
- die Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran unterstützen.

Nach § 19 SGB IX

- haben die Rehabilitationsträger bereits seit dem 1.7.2001 **gemeinsam**
- unter Beteiligung der Bundes- und der Landesregierungen darauf hinzuwirken, dass
- die fachlich und **regional**
- erforderlichen Rehabilitationsdienste und –einrichtungen
- in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen (und zwar ohne Zugangs- und Kommunikationsbarrieren).
(sogen. Sicherstellungsauftrag)

BRK Art. 26 Habilitation und Rehabilitation

- **(1) 2 (...) und zwar so, dass diese Leistungen und**
- **Programme**
- **a) im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf**
- **einer multidisziplinären Bewertung der individuellen**
- **Bedürfnisse und Stärken beruhen;**
- **b) die Einbeziehung in die Gemeinschaft und die**
- **Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die**
- **Teilhabe daran unterstützen, freiwillig sind und**
- **Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie**
- **möglich zur Verfügung stehen, auch in**
- **ländlichen Gebieten.**

BRK Art. 26 Habilitation und Rehabilitation

- **In der Entstehung bewusste Entscheidung**
- **gegen einen gemeinsamen Artikel „Health and Rehabilitation“**
- **- Die BRK bestimmt Habilitation und Rehabilitation nicht nach den Mitteln – z.B. medizinisch – , sondern nach den Zwecken.**
- **- Verschiedene Aspekte der Teilhabe sind dabei gleich gestellt.**
- **- Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen wird ausdrücklich einbezogen (vgl. Art. 24 III lit. a BRK).**

BRK Art. 26 Habilitation und Rehabilitation

- **Art. 26 BRK erwartet die Existenz von Sozialleistungs-**
- **diensten und -programmen.**
- **- Der Umfang ist nicht vorgegeben, wohl aber die**
- **Wirksamkeit und Geeignetheit.**
- **- vgl. Art. 4 II BRK: „...nach und nach die volle Verwirkli-**
- **chung dieser Rechte zu erreichen (...)“ – ein Abbau ist**
- **nicht vorgesehen.**

Schwerpunktbereiche:

- **- Gesundheit, vgl. Art. 25 BRK**
- **- Beschäftigung, vgl. Art. 27 BRK**
- **- Bildung, vgl. Art. 24 BRK**
- **- Sozialdienste, vgl. Art. 28, 29 BRK**
- **- Jeder dieser Artikel verdeutlicht den Vorrang der**
- **Inklusion vor Sondersystemen: Rehabilitation selbst**
- **ist daher nicht als Sondersystem zu konzipieren.**

BRK Art. 26 Habilitation und Rehabilitation Bewertung

- **Art. 26 BRK setzt einen ressourcenorientierten Ansatz**
- **und multidisziplinäre Bedarfsfeststellung voraus (vgl.**
- **§ 10 I SGB IX).**
- **- Ziel aller Leistungen soll die volle Inklusion und**
- **Teilhabe sein (vgl. Art. 3 BRK; § 4 I SGB IX).**
- **- Habilitation und Rehabilitation müssen freiwillig sein**
- **(Art. 3 BRK; vgl. §§ 1, 9 IV SGB IX).**
- **- Gemeindenahe und zugängliche Dienste und**
- **Einrichtungen müssen zur Verfügung stehen, auch um**
- **Sondereinrichtungen zu vermeiden (vgl. Art. 19, 25 lit.**
- **c BRK; § 19 I-III SGB IX).**

BRK Art. 26 Habilitation und Rehabilitation

- (2) Die Vertragsstaaten fördern die Entwicklung der Aus- und**
- Fortbildung für Fachkräfte und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Habilitations- und Rehabilitationsdiensten.**

Bewertung:

- - BRK setzt voraus, dass Habilitation und Rehabilitation (auch) fachliche Aufgaben sind.**
- - BRK setzt voraus, dass die Aus- und Fortbildung ein wichtiges Mittel zur Umsetzung ihrer Ziele ist (vgl. Art. 24 IV, 25 lit. d. BRK)**
- - Diese Aus- und Fortbildung muss behinderungs- und rehabilitationsspezifisch sein.**
- - Inhalt der Rehabilitation sind Dienstleistungen und Assistenz (vgl. Art. 9 II lit. e; 19 lit. b; 20 lit. b; 24 II lit. d BRK)**

BRK Art. 26 Habilitation und Rehabilitation

- **(3) Die Vertragsstaaten fördern die Verfügbarkeit, die Kenntnis und die Verwendung unterstützender Geräte und Technologien, die für Menschen mit Behinderung bestimmt sind, für die Zwecke der Habilitation und Rehabilitation.**

Bewertung:

- - **BRK setzt voraus, dass unterstützende Geräte und Technologien (Hilfsmittel) Teil der Rehabilitation sind und ihren (umfassenden) Zwecken dienen.**
- - **Vgl. Art. 20 lit. b (Mobilität); Art. 21 lit. a, b (Zugang zu Informationen), Art. 24 III lit. c (Bildung) BRK**
- - **Im Übrigen Verknüpfung von Zugänglichkeit (Barrierefreiheit) mit Rehabilitation**