

Stellungnahme zu den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe gemäß § 13 Absatz 4 Satz 5 SGB XI

Zusammenfassende Bewertung der Empfehlungen

Grundsätzlich begrüßen der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband, der Deutsche Caritasverband, die Diakonie Deutschland, das Deutsche Rote Kreuz und die Zentrale Wohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland als fünf Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, dass gemäß den gesetzlichen Vorgaben eine bundeseinheitliche Empfehlung ausgesprochen werden soll.

Gemäß § 13 Absatz 4 Satz 5 SGB XI sind die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege zu den zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger vor dem Beschluss anzuhören. Die Empfehlung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

Grundsätzlich positiv bewerten die Verbände den der Empfehlung zugrunde gelegten Ansatz, dass nur fortlaufende Leistungen der Pflegeversicherung Gegenstand der zu schließenden Vereinbarung zwischen Pflegekasse und Träger der Eingliederungshilfe sein sollen. Die Vereinbarung sollte sich aber auf tatsächlich fortlaufende Leistungen beschränken. Die Kurzzeitpflege, die Verhinderungspflege oder der Umwidmungsanspruch von Pflegesachleistungen in Unterstützungsleistungen nach § 45a SGB XI gehören nicht dazu. Ihre Einbeziehung birgt die Gefahr, dass am Ende über diesen Weg personenzentrierte bedarfsdeckende Eingliederungshilfeleistungen abgesenkt würden. Dies ist weder UN-BRK noch BTHG konform.

Die Verbände teilen ausdrücklich das Ziel der Vereinbarung, dass Leistungen mehrerer Leistungsträger – in diesem Fall der Pflegekasse und des Eingliederungshilfeträgers – gegenüber den Betroffenen „wie aus einer Hand“ erbracht werden sollen. Dieses Ziel wird jedoch nicht erreicht bzw. sogar konterkariert, wenn Erstattungsleistungen aus der Pflegeversicherung den Leistungsempfänger gemäß § 6 dieser Empfehlung erst über den Umweg der Eingliederungshilfe erreichen. Durch diese zeitliche Verzögerung der Leistungsauszahlung wird das Ziel einer Leistungsvereinfachung für den Betroffenen in ihr Gegenteil verkehrt. Auch der damit einhergehende bürokratische Aufwand für die Leistungsträger ist nicht zu rechtfertigen.

Ein weiteres grundsätzliches Problem der Empfehlung ist der in § 3 Absatz 2 formulierte Grundsatz, dass mit Beginn der Leistungsübernahme durch den Träger der Eingliederungshilfe auf der Grundlage des Leistungsbescheids die Leistungsverpflichtung der zuständigen Pflegekasse für diese Leistung entfällt. Da viele Leistungen, wie z.B. die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, keine fortlaufende Leistung darstellen, besteht die Gefahr von Leistungsausschlüssen der Betroffenen.

Ein gravierender Mangel der vorgeschlagenen Regelungen zur Vereinbarung ist die nicht ausreichende Beteiligung der betroffenen Menschen mit Behinderung am Zustandekommen der Vereinbarung. So sieht die Empfehlung lediglich die Zustimmung des Betroffenen zum Abschluss

einer Vereinbarung, jedoch nicht zu deren Inhalten vor. Des Weiteren entspricht der vorgeschlagene Musterentwurf der Zustimmungserklärung nach Anlage 1 nicht den Vorgaben des Gesetzes zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Behindertengleichstellungsgesetz - BGG). Nicht geregelt ist auch, in welcher Form ein Widerruf der Zustimmung zu der getroffenen Vereinbarung möglich ist.

Des Weiteren weisen die Verbände darauf hin, dass eine Reihe von Regelungen dem Regelungsgegenstand dieser Empfehlungen nicht zugänglich sind, wie beispielsweise die Beauftragung von Leistungserbringern oder die Eignung des Leistungserbringers in § 4 dieser Empfehlung.

Die erarbeiteten Empfehlungen zu § 13 Abs. 4 in der derzeitigen Fassung geben Anlass zur Sorge, dass mit den vorliegenden Verfahrensregelungen zur vermeintlichen Optimierung der Kooperation der beteiligten Leistungsträger Leistungsverschiebungen vom SGB IX in das SGB XI befördert werden und die Leistungsanspruchnahme eher erschwert denn erleichtert und beschleunigt wird.

Präambel

Mit der Ratifikation der UN-BRK hat sich die Bundesrepublik Deutschland dazu verpflichtet, das deutsche Recht in Übereinstimmung mit der Konvention weiterzuentwickeln. In Anlehnung an die Leitlinien der Konvention zu Inklusion und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen ist der Gesetzgeber gefordert, das Leistungsrecht im gegliederten Sozialleistungssystem im Sinne der Leitlinien der Konvention weiterzuentwickeln und in geeigneter Weise zu operationalisieren. Dies betrifft u.a. auch die leistungsrechtlichen Schnittstellen zwischen Leistungen der Eingliederungshilfe, Leistungen der Pflegeversicherung und den Leistungen der Hilfe zur Pflege, die für eine Vielzahl von Menschen mit Behinderungen in ihrem Lebensalltag essentiell wichtig sind.

Grundsätzlich ist es daher sehr zu begrüßen, dass gemäß den Vorgaben des SGB XI eine bundeseinheitliche Empfehlung ausgesprochen werden soll, um die Leistungsgewährung beim Zusammentreffen von Leistungen der Eingliederungshilfe, Pflegeversicherung und Leistungen der Hilfe zur Pflege zu optimieren.

Begrüßenswert ist auch, dass die Präambel im ersten Satz eine der Zielsetzungen des BTHG, nämlich Leistungen für Menschen mit Behinderungen „wie aus einer Hand“ zu erbringen, zitiert und auf ein weiteres Ziel, nämlich Doppelbegutachtungen zu vermeiden, hinweist. Allerdings sind die Zielsetzungen teils unvollständig wiedergegeben („Leistungen sollen wie aus einer Hand erbracht und zeitintensive Zuständigkeitskonflikte der Träger untereinander sowie Doppelbegutachtungen zulasten der Menschen mit Behinderungen vermieden werden“), teils aus dem Gesamtzusammenhang des SGB IX neu herausgelöst.

Die aus der Gesetzesbegründung zum BTHG als Kernziele der Empfehlungen entlehnten Sätze sind nicht geeignet, die daraus abgeleiteten Empfehlungen zu begründen: Die Vermeidung von Doppelbegutachtungen und die Vermeidung von Zuständigkeitskonflikten dürfen nicht als Legitimation genutzt werden, um unterschiedliche, ausdrücklich additiv zu verstehende Leistungen so zusammen zu führen, dass die Gefahr entsteht, dass einer der Leistungsansprüche (ganz oder teilweise) verloren

geht. Die Pflegeversicherung und die Eingliederungshilfe sind zwei unterschiedliche Leistungssysteme mit unterschiedlichen Instrumenten zur Ermittlung des Leistungszugangs bzw. des Bedarfs an Leistungen. Die Ziele dieser beiden Leistungssysteme sind zudem wesensverschieden. In der Präambel muss klargestellt werden, dass sich die Gesamtleistung weiterhin aus den Ansprüchen aus beiden Leistungssystemen ergibt. Der zweite Absatz der Präambel lässt die lange Verfahrensdauer der Erarbeitung der Empfehlungen erkennen, wenn formuliert wird, dass diese zum 1.1.2018 in Kraft treten sollen, aber schon vorab auf Einzelfallebene zu Grunde zu legen sind. Da die Empfehlungen den im Anhörungsverfahren zu beteiligenden Verbänden erst am 17. Dezember 2017 übersandt wurden und nach dem 1.1.2018 in Kraft treten, ist dieser Absatz entbehrlich und daher zu streichen.

Positiv zu bewerten ist, dass die Präambel eine Evaluation vorsieht, um die Empfehlungen ggf. nachsteuern zu können. An der Evaluation sind insbesondere die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen, aber auch die Vereinigungen der Träger der der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Vereinigungen der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe auf Bundesebene und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege zu beteiligen, da diese die Erfahrungen der Menschen mit Behinderungen mit der Umsetzung dieser Empfehlung in die Praxis bündeln können. Die Untersuchung der Praxis der Umsetzung dieser Empfehlungen muss zwingend erfolgen und nicht nur, wie in der Präambel formuliert, „wünschenswert“ sein.

§ 1 Geltungsbereich

§ 1 der vorliegenden Empfehlungen benennt als Geltungsbereich das Binnenverhältnis beim Zusammentreffen von sogenannten fortlaufenden ambulanten Pflegeleistungen, Leistungen der Hilfe zur Pflege und fortlaufenden Eingliederungshilfeleistungen

Positiv zu bewerten ist, dass von der Empfehlung nur fortlaufende Leistungen der Pflegeversicherung erfasst werden. Die fortlaufenden Leistungen, die in Absatz 3 näher definiert werden, sollen neben den Pflegesachleistungen nach § 36 auch die Umwidmungsleistung nach § 45a Absatz 4 sowie den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI umfassen.

Nach Ansicht der Verbände handelt es sich bei den beiden letztgenannten Leistungen jedoch keinesfalls um fortlaufende Leistungen. Sowohl der Umwidmungsbetrag als auch der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI stehen zwar monatlich zur Verfügung, sind aber sehr variabel einsetzbar. So kann beispielsweise die Umwidmungsleistung in bestimmten Monaten gar nicht und in anderen Monaten vollumfänglich bis zur maximalen Höhe von 40 Prozent der Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden. Nicht verbrauchte Beträge des monatlich in Höhe von 125 Euro zur Verfügung stehenden Entlastungsbetrags nach § 45b können sogar bis ins erste Kalenderhalbjahr des Folgejahres übertragen werden. Nach Ansicht der Verbände sind diese beiden Leistungen somit aus dem Katalog der fortlaufenden Leistungen zu streichen.

Es ist sachgerecht, das Pflegegeld nicht in die Empfehlung aufzunehmen, da das Pflegegeld nicht der Finanzierung von Pflegeleistungen dient, sondern zur freien Verfügung steht und von den Versicherten häufig an die pflegenden An- und Zugehörigen als Anerkennung für ihre unentgeltliche

Unterstützung weitergegeben wird. Gegenstand dieser Empfehlung sollten nur fortlaufende Pflegesachleistungen sein. Da die Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI eine Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung darstellt und überdies von Monat zu Monat durchaus variieren kann, ist es ebenfalls sachgerecht, sie nicht in die vorliegenden Empfehlungen aufzunehmen.

Nach Auffassung der Verbände stellen jedoch Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege keine fortlaufenden Leistungen dar. In beiden Fällen handelt es sich um Leistungen, die nicht monatlich anfallen, sondern flexibel einsetzbar sein müssen. Überdies kann der für das Kalenderjahr zur Verfügung stehende Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege mit der Verhinderungspflege entsprechend der Regelungen nach § 39 Absatz 2 SGB XI bzw. § 42 Absatz 2 Sätze 3 und 4 kombiniert werden. Daher sind diese Leistungen auch nicht als „Kann-Bestimmung“ in diese Empfehlung aufzunehmen, wie in Absatz 4 vorgesehen.

Auch vor dem Hintergrund einer möglichen Verschiebung von Leistungen der Teilhabe aus der Eingliederungshilfe in die Pflegeversicherung sehen die Verbände insbesondere die Aufnahme der Verhinderungspflege in den Katalog der von dieser Vereinbarung umfassten Leistungen als nicht akzeptabel an. Immer wieder machen Menschen mit Behinderung schon heute die Erfahrung, dass die von ihnen beantragten Assistenzleistungen, z.B. zur Begleitung bei Freizeitaktivitäten, mit der Begründung verweigert werden, hierfür seien vorrangig Unterstützungsangebote nach § 45a, die im Rahmen des Entlastungsbetrags nach § 45b in Anspruch genommen werden können, auszuschöpfen. Ähnliches gilt auch für die Leistungen der Verhinderungspflege. Sollte es bei der Regelung des Absatzes 4 bleiben, muss ergänzt werden, dass Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege entsprechend der oben genannten Vorschriften miteinander kombiniert werden können. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass es unklar bleibt, wie die Vorschrift des Absatzes 4 auszulegen ist: Nach § 1 Absatz 1 sind nur ambulante Leistungen Gegenstand dieser Vereinbarungen. Die Kurzzeitpflege ist jedoch keine ambulante Leistung, sondern eine stationäre Leistung. Dieser Logik zufolge dürfte sie von Absatz 4 nur umfasst sein, sofern die Kurzzeitpflege in Kombination mit der Verhinderungspflege nach § 42 Absatz 2 Sätze 3 und 4 in Anspruch genommen wird. In Bezug auf Absatz 4 besteht somit aus Sicht der Verbände Klärungsbedarf.

Zusammengefasst sollen folgende Leistungen dieser Vereinbarung nicht zugänglich sein: der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI, der Umwidmungsbetrag nach § 45a Absatz 4 SGB XI, die Tagespflege nach § 41 SGB XI, die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI und die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI.

Ein Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe ist grundsätzlich auch im Falle des Leistungsbezugs von vollstationären Pflegesachleistungen nach § 43 SGB XI möglich. Zur Klarstellung sollte daher die Regelung zum Geltungsbereich der Empfehlungen sich auch zu dieser Konstellation verhalten.

Der in Abs. 2 beschriebene Geltungsbereich schließt Leistungen für pflegebedürftige Menschen mit einer Behinderung, die in heute als stationär bezeichneten Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe leben, ausdrücklich aus. Sie haben jedoch unabhängig davon, z.B. bei vorübergehender häuslicher Pflege, Anspruch auf alle Pflegeleistungen, die auch Menschen mit Behinderung, welche ambulant von einem Pflegedienst versorgt werden. Somit müssen die Empfehlungen dem Grundsatz nach auch den heute als stationär bezeichneten Wohnbereich umfassen.

Änderungsbedarf:

In Absatz 1 Satz 1 ist das Wort „ambulanten“ zu streichen.

Absatz 2 ist wie folgt zu formulieren:

„Soweit Eingliederungshilfeleistungen für Leistungsberechtigte erbracht werden, die Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI beziehen, finden diese Empfehlungen keine Anwendung.“

Absatz 3 ist wie folgt zu formulieren:

„ Fortlaufende Leistungen der Pflegeversicherung im Sinne dieser Empfehlungen sind die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI ~~der Umwidmungsanspruch nach § 45a Abs. 4 sowie der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI.~~

Absatz 4 ist zu streichen.

§ 2 Vorbereitung der zu treffenden Vereinbarung

Positiv zu bewerten ist das Zustimmungserfordernis der Leistungsberechtigten in Absatz 1

1. zu der Tatsache, dass Pflegekasse und Eingliederungshilfeträger den Abschluss einer Vereinbarung über die Leistungserbringung durch den Eingliederungshilfeträger treffen können, wenn bei einer leistungsberechtigten Person fortlaufende Leistungen der Pflegeversicherung und ggf. solche der Hilfe zur Pflege mit fortlaufenden Leistungen der Eingliederungshilfe zusammen treffen und
2. zur Durchführung des dazu erforderlichen vorbereitenden Teilhabe- bzw. Gesamtplanverfahrens.

Es sei bereits an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass auch der Inhalt der Vereinbarung eines weiteren Zustimmungsaktes des Leistungsberechtigten bedarf. Dieser fehlt sowohl in der Empfehlung als auch im Formular der Anlage 1. Absatz 1 besagt, dass die Zustimmung der Schriftform bedarf. Dies ist nicht ausreichend, um die erforderliche Barrierefreiheit entsprechend § 4 BGG zu gewährleisten.

Um einen diskriminierungsfreien Zugang zu gewährleisten, sind nach Ansicht der Verbände die einzelnen Verfahrens-/Prozessschritte wie bspw. die Bereitstellung von Informationen, Aufklärung, Zustimmungserklärung, Widerrufs- und oder Konfliktlösungsmechanismen, Abfassung des Vereinbarungstextes in geeigneten barrierefreien Formaten und/ oder mittels geeigneter Hilfsmittel auf der Grundlage des individuellen Bedarfes des Leistungsberechtigten aufzubereiten.

Auch das Formular der Anlage 1 sollte in seinen Formulierungen vereinfacht werden, um eine allgemeine Verständlichkeit zu gewährleisten.

Das Teilhabeplan- bzw. Gesamtplanverfahren beinhaltet die Feststellung des individuellen Bedarfs gemäß dem Prinzip der personenzentrierten Bedarfsermittlung. Da jede Bedarfskonstellation individuell unterschiedlich ist, sehen die Verbände einheitliche Vereinbarungen für gleichgelagerte oder ähnliche „Fälle“ mit Skepsis. Es stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien festgelegt werden soll, welche „Fälle“ gleich oder ähnlich gelagert sind.

Änderungsbedarf:

Absatz 4 wird ersatzlos gestrichen.

§ 3 Übernahme der Leistungen der Pflegeversicherung durch den Träger der Eingliederungshilfe

Zunächst ist nach Ansicht der Verbände anzumerken, dass die Überschrift dem Inhalt der in § 3 beschriebenen Sachverhalte anzupassen ist. § 3 beschreibt nicht die Übernahme der Leistungen der Pflegeversicherung durch den Eingliederungshilfeträger, sondern die Modalitäten dieses Verfahrens zwischen den beteiligten Leistungsträgern.

In Absatz 2 Satz 2 wird festgehalten, dass „mit Beginn der Leistungsübernahme durch den Träger der Eingliederungshilfe die Leistungsverpflichtung der zuständigen Pflegekasse für diese Leistung entfällt.“ Die grundsätzlichen Leistungsverpflichtungen der Pflegekasse gegenüber dem Leistungsberechtigten bleiben davon unberührt. § 13 Abs. 4 SGB XI sieht lediglich die „Übernahme“ von Leistungen durch den Träger der Eingliederungshilfe vor, sodass Leistungen „wie aus einer Hand“ erbracht werden können. Dabei handelt es sich um eine Vorschrift, die dazu dienen soll, das Verfahren für die Leistungsberechtigten zu vereinfachen. Zudem gibt es eine Reihe von Leistungen der Pflegeversicherung, die keine Sachleistung darstellen, wie z.B. die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI oder die Pflegekurse nach § 45 SGB XI. Die Leistungsvereinbarung darf die Inanspruchnahme dieser Leistungen nicht ausschließen.

§ 3 Absatz 2 sieht vor, dass der Eingliederungshilfeträger die Leistungen der Pflegeversicherung auf der Grundlage des Leistungsbescheids übernimmt. Das setzt voraus, dass dem Eingliederungshilfeträger der Leistungsbescheid bekannt ist. Da der Leistungsbescheid dem Grundsatz nach ausschließlich gegenüber dem Leistungsempfänger erlassen wird, ist für die Übermittlung des Leistungsbescheids der Pflegekasse an den Eingliederungshilfeträger eine Zustimmungserklärung des Leistungsempfängers erforderlich. Dies ist zu ergänzen.

Die Verfahrensregelung nach Absatz 3 ist abzulehnen. Für den Abschluss der Vereinbarung zwischen Leistungsträger der Eingliederungshilfe und Pflegekassen sowie ggfs. des für die Hilfe zur Pflege zuständigen Sozialhilfeträgers ist es unerheblich, ob der Leistungsberechtigte den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI bzw. die Leistungen nach § 144 Absatz 3 SGB XI, die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI oder die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI bereits in Anspruch genommen hat oder nicht. Hinzukommt dass es sich bei den nicht abgerufenen Leistungen nach § 144 Abs. 3 SGB XI um eine Übergangsregelung im Sinne einer Besitzstandsschutzregelung für Leistungen aus den Jahren 2015 und 2016 handelt. Das Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten ist das zentrale

Auswahlkriterium für die Leistungen der Pflegeversicherung. Der Gesetzgeber hat das bestehende Wunsch- und Wahlrecht in §13 Abs. 4 Satz 2 SGB XI daher ausdrücklich geschützt. Bei den genannten Leistungen handelt sich nicht um fortlaufende Leistungen. Daher sollen diese, wie oben schon ausgeführt und begründet, dieser Empfehlung nicht zugänglich sein. Folglich steht dem Träger der Eingliederungshilfe über die Vereinbarung nach § 13 Abs. 4 SGB XI auch keine Rechtsgrundlage zur Information über den Abruf der genannten Leistungen zu. Absatz 3 ist daher zu streichen.

Der vorgesehene Absatz 4 sieht Regelungen zum Teilhabeplan- und Gesamtplanverfahren vor, die laut § 13 Abs. 4 Satz 5 SGB XI i.V.m § 13 Abs. 4 Satz 1 SGB XI nicht Teil der Empfehlungen sein können. Sinn und Zweck des § 13 Abs. 4 SGB XI sind im Wesentlichen verfahrensrechtliche Regelungen zur Kostenerstattung der in § 1 Absatz 1 genannten fortlaufenden ambulanten Pflegeleistungen bei gleichzeitiger Gewährung von Eingliederungshilfeleistungen durch den Träger der Eingliederungshilfe. Eine etwaige Festlegung zur Geltungsdauer von „Leistungsübernahmeentscheidungen“ für Leistungen der Eingliederungshilfe kann daher nicht zum Gegenstand dieser Empfehlungen bzw. Vereinbarungen gemacht werden.

Es macht zudem keinen Sinn, wie in Absatz 4 vorgesehen, die Dauer festzulegen, für welche die Vereinbarung nach § 13 Absatz 4 SGB XI gelten soll. Bei fortlaufenden Leistungen soll eine solche Vereinbarung solange gelten, bis wesentliche Veränderungen der gesundheitlichen und pflegerischen Situation des Leistungsberechtigten auftreten. Es sei in diesem Zusammenhang angemerkt, dass die Formulierung „bedarfsverändernde Faktoren“ nicht passt, denn das Begutachtungssystem der Pflegeversicherung stellt keine Bedarfe fest, sondern nur Einschränkungen in der Selbständigkeit.

Im Sinne der Rechtssicherheit für die Leistungsberechtigten ist ein Widerrufsrecht zur Zustimmung zu ergänzen.

Änderungsbedarf:

Änderung der Überschrift: „Modalitäten der Übernahme der Leistungen der Pflegeversicherung durch den Träger der Eingliederungshilfe“

Absatz 2 Satz 2 wird gestrichen.

Streichung des Absatzes 3.

Absatz 4 soll wie folgt formuliert werden:

„Auf der Grundlage der zwischen Pflegekasse und Träger der Eingliederungshilfe getroffenen Vereinbarung übernimmt der Träger der Eingliederungshilfe bis auf Weiteres die Verpflichtung, die Leistungen der Pflegeversicherung auf der Grundlage des Leistungsbescheids der Pflegekasse zu erbringen. Die Pflegekasse hat dem Träger der Eingliederungshilfe jede wesentliche Veränderung des Zustands des Leistungsberechtigten unverzüglich mitzuteilen.“

Anfügen: Neuer Absatz 5:

„Die Zustimmung zu der Vereinbarung kann durch den Leistungsberechtigten jederzeit widerrufen werden.“

§ 4 Leistungserbringung

Nach Ansicht der Verbände gibt die Überschrift die Darstellung des Sachverhalts der nachstehenden Regelungen unzureichend wider. Vorgeschlagen wird die Änderung der Überschrift in "Modalitäten der Durchführung der Leistungserbringung".

Absatz 1 regelt zum einen, welche Leistungserbringer „beauftragt“ werden. Hierbei wird das Auswahlrecht des Leistungsberechtigten unzureichend beschrieben. Hinzu kommt, dass eine solche Regelung diesen Empfehlungen nicht zugänglich ist, da sie einerseits nicht Gegenstand der Empfehlungen nach § 13 Absatz 4 Satz 5 SGB XI ist, und andererseits klare gesetzliche Vorgaben hierzu existieren, deren Einschränkung durch Empfehlungen gesetzeswidrig ist. Die Regelungen zur „Beauftragung von Leistungserbringern“ finden sich im allgemeinen und besonderen Zivilrecht, das zwischen Leistungsberechtigten und Leistungserbringern zur Anwendung kommt und das im Leistungsbereich des SGB beeinflusst ist von öffentlich-rechtlichen Regelungen der Leistungserbringung nach dem SGB XI und dem SGB IX (bzw. bis 31.12.2019 noch SGB XII) sowie den entsprechenden Rahmenverträgen und Leistungsvereinbarungen.

Zum anderen regelt Absatz 1, dass dem „beauftragten“ Leistungserbringer durch den Träger der Eingliederungshilfe mitzuteilen ist, dass die Abrechnung der Leistungen nach dem SGB XI direkt an die Pflegekasse zu richten ist. Diese Regelung ist in § 5 zur Abrechnung der Leistungen besser verankert.

Absatz 2 trifft Regelungen zur Geeignetheit der Leistungserbringer. Auch eine solche Regelung ist den Empfehlungen nicht zugänglich, da sie gemäß § 13 Absatz 4 Satz 5 SGB XI nicht Gegenstand der Empfehlungen ist und klare gesetzliche Vorgaben und Vorgaben in den Rahmenverträgen zur Geeignetheit existieren und insoweit abschließend sind.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass die in Absatz 2 vorgeschlagene „Eignungsregelung“ das Risiko birgt, dass nur Komplexträger mit Versorgungsverträgen nach SGB IX und SGB XI als geeignete Leistungserbringer anerkannt werden. Dies würde gleichzeitig zu deutlichen Einschränkungen des Wunsch- und Wahlrechts des Leistungsberechtigten bei der Auswahl des Leistungserbringers führen. Absatz 3 stellt klar, dass die Leistungserbringung nach den Vorgaben des jeweiligen Leistungsrechts erfolgt, was die Verbände nachdrücklich begrüßen. Allerdings kann die Regelung, dass die Leistungserbringer das Leistungsgeschehen hinsichtlich Wirkung und Zielerreichung in der nach dem jeweiligen Leistungsrecht vorgesehenen und vertraglich vereinbarten Dokumentation abzubilden ist, nur in begrenztem Maße umgesetzt werden, denn die Eingliederungshilfe sieht bisher keine Messkriterien für die Wirkung von Leistungen vor.

Nach § 13 Absatz 4 Satz 5 SGB XI soll „Näheres zu den „Modalitäten der Übernahme und Durchführung der Leistungen“ geregelt werden. Dies bedeutet, dass Regelungen zum Prozess der Übernahme der Leistungen durch die Träger der Eingliederungshilfe zu treffen sind. Solche Regelungen finden sich bisher nicht in den Empfehlungen. Zu klären wären insofern beispielsweise die notwendige Qualifikation bzw./und Kompetenzen der Mitarbeiter der Eingliederungshilfeträger, die nunmehr für die Durchführung der Leistungen der Pflegekassen verantwortlich sind. Auch zum Prozess der Zusammenarbeit, zu Abstimmungsvorgängen, zur Kommunikation, zu einzuhaltenden

Fristen zwischen den Trägern der Eingliederungshilfe, der Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege sowie zum Datenschutz finden sich keine Regelungen.

Änderungsbedarf:

Absatz 1 Satz 1 ist zu streichen.

Absatz 1 Satz 2 ist an dieser Stelle zu streichen und in § 5 zu verorten.

Absatz 2 ist zu streichen.

In Absatz 3 ist Satz 2 zu streichen.

§ 5 Leistungsabrechnung

Da aus Sicht der Verbände die Vereinbarung nicht den Umwidmungsanspruch, den Entlastungsbetrag und die Verhinderungspflege umfassen soll, sind die Sätze 5 bis 7 entsprechend zu streichen.

§ 6 Erstattung der Leistungen

§ 6 Absatz 1 beschreibt Verfahrensregelungen zwischen Pflegekasse und Eingliederungshilfe bei den sogenannten Kosten-Erstattungsleistungen. Die Verbände lehnen die Einbeziehung dieser Leistungen in die Vereinbarung ab, wie oben ausgeführt.

§ 6 Absatz 2 beinhaltet Verfahrensregelungen zwischen dem Eingliederungshilfeträger und dem Leistungsberechtigten. Unabhängig davon, dass wir die Einbeziehung der genannten Leistungen ablehnen, stellt sich die Frage, welchen Mehrwert es für den Leistungsberechtigten bringen soll, wenn Erstattungen aus der Pflegeversicherung nun zusätzlich den Umweg über den Träger der Eingliederungshilfe nehmen. Die Verbände weisen nachdrücklich darauf hin, dass der Leistungsberechtigte auf diese Weise die Kosten für Leistungen, für die er gemäß § 5 Satz 5 dieser Empfehlung Rechnungen einreichen musste, erst zu einem wesentlich späteren Zeitpunkt erstattet bekommt als im gegenwärtigen System der nach Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe getrennten Leistungserbringung. Denn gemäß § 6 Absatz 2 muss die Pflegekasse die Kosten erst an den Eingliederungshilfeträger auszahlen, damit dieser wiederum die Kosten dem Leistungsberechtigten als „Leistung aus einer Hand“ erstatten kann. Eine Leistungserbringung „wie aus einer Hand“ bringt für einen Versicherten jedoch nur dann einen Mehrwert, wenn sie eine Beschleunigung des Verfahrens oder eine Erleichterung des Verwaltungsaufwands für den Betroffenen mit sich bringt. Die Regelung in § 6 konterkariert dieses Prinzip.

Die Regelung zur Erstattung der Leistungen lässt offen, innerhalb welcher zeitlichen Fristen die Leistungsträger eine Erstattung der Leistungen vorzunehmen haben und welche Sanktionsmechanismen vorgesehen sind.

Die Regelung des § 6 Absatz 2 bezieht sich dem Wortlaut der Empfehlung nach auf den Satz 4 des § 5, wonach der Leistungserbringer Leistungen der Eingliederungshilfe mit dem zuständigen Eingliederungshilfeträger abrechnet“. In § 6 Absatz 2 werden jedoch Erstattungsleistungen der Pflegekasse geregelt. Klärungsbedarf besteht, ob es sich um einen falschen Bezug handelt.

§ 7 Qualitätssicherung und Prüfung

In § 7 Absatz 1 sollte das Wort „Kontrollmaßnahmen“ durch das auch in der Überschrift und im Gesetzeswortlaut verwendete Wort „Prüfungen“ ersetzt werden. Es stellt sich des Weiteren die Frage, wie der Träger der Eingliederungshilfe im Einzelfall vereinbaren kann, dass er die Qualität der personenbezogenen pflegerischen Leistungen sicherstellt, da er im Regelfall nicht über die entsprechenden Kompetenzen verfügen dürfte. Zu fragen ist auch, um welche Maßnahmen der Qualitätssicherung es sich hier handeln soll, da in § 7 Absatz 2 Satz 2 zu Recht festgestellt wird, dass die Qualitätssicherungsmaßnahmen des SGB XI unberührt bleiben. Zum anderen ist deren Notwendigkeit anzuzweifeln, angesichts der umfänglichen und differenzierten Vorgaben des Kapitels 11 des SGB XI.

§ 8 Zusammenarbeit und Information

Die Verfahrensregelungen zur Kooperation zwischen Pflegekassen, Träger der Eingliederungshilfe und Sozialhilfeträger beziehen sich nicht auf das regelhafte Geschehen, sondern nur auf Änderungen, die sich auf die Gewährung von Leistungen für den Leistungsberechtigten auswirken. Nach Ansicht der Verbände ist dies nicht ausreichend.

Aussagen zum Inkrafttreten, zu Änderungen und zu Kündigungsmodalitäten der Vereinbarung sowie zum Einbezug der Leistungsbezieher in diese Prozesse fehlen.

§ 9 Handreichungen

Dem Träger der Eingliederungshilfe und den Pflegekassen wird nach derzeitigem Stand ein Musterformularentwurf zur „Zustimmung der leistungsberechtigten Person“ zur Verfügung gestellt. Aus Kostenträgersicht handelt es sich hierbei um eine Handreichung. Aus Sicht der Leistungsberechtigten handelt es sich um ein weitreichendes Dokument, welches datenschutz-, verbraucher- und leistungsrechtliche Belange tangiert. Des Weiteren entspricht der vorgeschlagene Musterentwurf nicht den Vorgaben des Gesetzes zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Behindertengleichstellungsgesetz - BGG).

Das Formular kann als eine Art Abtretungserklärung zu individuellen Leistungs- und Rechtsansprüchen verstanden werden. Aus Sicht der Verbände ist nicht sichergestellt, dass der leistungsberechtigte Mensch mit Behinderungen bzw. seine gesetzliche Vertretung in personenzentrierter und barrierefreier Art und Weise über den Inhalt der Vereinbarung zwischen dem

Diakonie 
Deutschland

 **Deutsches
Rotes
Kreuz**

 **AWO**


caritas


ZWST

für die Eingliederungshilfe zuständigen Träger und der Pflegekasse sowie dem Zweck der Vereinbarung und die mit seiner Unterschrift einhergehende Wirkung informiert und aufgeklärt wird. Des Weiteren ist den Empfehlungen nicht zu entnehmen, in welcher Form ein Widerruf der Zustimmung möglich ist.

Freiburg/Berlin, 12.01.2018

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband

Deutscher Caritasverband

Diakonie Deutschland

Deutsches Rotes Kreuz

Zentrale Wohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland