

Integrierte Versorgung, medizinische Versorgungszentren, persönliche Budgets, neue Versorgungsformen für die Altenhilfe

von Harry Fuchs, Düsseldorf

1. Einleitung

Die gesellschaftliche Entwicklung, die abzusehende Entwicklung des Pflegebedarfs sowie die zunehmende Begrenztheit der für die Versorgung Pflegebedürftiger verfügbaren Mittel erfordern eine Überprüfung und Weiterentwicklung der bisherigen Versorgungsstrukturen.

Eine Versorgungsstrukturreform muss am individuellen Pflegebedarf der zu Pflegenden ansetzen, die erforderlichen pflegerischen Ressourcen bedarfsgerecht und wirksam zur Verfügung stellen, Schnittstellen unseres gegliederten Sozial- und Gesundheitssystems beseitigen und die verfügbaren Mittel zielgerichteter und wirksamer verwenden.

Neben der zielgerichteten und qualitativen Weiterentwicklung stationärer Versorgungsformen werden weitere Schwerpunkte der Versorgungsstrukturentwicklung niedrigschwellige und komplementäre Versorgungsangebote, insbesondere aber auch präventive und rehabilitative Leistungen mit dem Ziele der Vermeidung, Verschiebung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit sein. Die Erkenntnis, dass die pflegerische Versorgung nicht nur durch Indikatoren der Gesundheit, sondern auch durch die Ziele der Teilhabe pflegebedürftiger Menschen am Leben in der Gesellschaft geprägt sein muss, sollte wieder gleichberechtigt in die Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen einbezogen werden.

Zur Bewältigung dieser und anderer Anforderungen wurden in jüngerer Zeit verschiedene Instrumente in das Versorgungsstrukturrecht der Sozialgesetze aufgenommen, die in die richtige Richtung weisen, insgesamt jedoch noch nicht ausreichen, die Versorgungsstrukturen zukunftsorientiert wirksam weiter zu entwickeln. Eine wirksame Strukturreform der Pflegeversicherung muss deshalb nicht nur Lösungen zur nachhaltigen Finanzierung der Pflege enthalten, sondern auch weitreichende Ansätze zu einer zukunftsorientierten Entwicklung der Versorgungsstrukturen.

2. Auswirkungen der Integrierten Versorgung nach §§ 140ff SGB V auf die Pflege

Die mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 eingeführte „Integrierte Versorgung“ wirkt sich auch auf die pflegerischen Versorgungsstrukturen aus. Für die Träger von Pflegeeinrichtungen stellt sich die Frage, ob und auf welche Weise sie sich mit ihren Angeboten in die integrierte Versorgung einbringen können.

2.1 Zielsetzung der integrierten Versorgung

Starre Versorgungsstrukturen stehen einer an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichteten Versorgung im Wege und sollten durch die GKV-Gesundheitsreform [1] 2000 „aufgebrochen werden“. Als Ziel wird im Allgemeinen Teil der Begründung ([2], S. 53) ein „effizienteres und qualitätsorientiertes Gesundheitssystem“ genannt, das nur zu erreichen sein wird, wenn es gelingt, die verschiedenen Versorgungssektoren besser als bisher zu integrieren und zu koordinieren und die Prinzipien „ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ konsequent umzusetzen.

¹ Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 14.12.1999. BGBl I, 1999; (59): 2626-2656

² aaO, Seite 53

Auf dem Hintergrund der durch das Neunte Buch Sozialgesetzbuch³ (SGB IX) für die medizinische Rehabilitation aller Rehabilitationsträger geschaffenen Rahmenbedingungen ist festzuhalten, dass der Gesetzgeber in der Begründung für die Überwindung der Schnittstellenprobleme zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren ausdrücklich von „integrieren“ (ambulant und stationär) und „koordinieren“ (Rehabilitation vor Pflege) spricht bzw. unterscheidet ([12], S. 53, Abschnitt I, Ziffer 1, vorletzter Absatz). Die in den Klammerzusätzen beispielhaft in diesen Kontext gestellten Prinzipien verdeutlichen, dass bei gleicher Zielsetzung und gleichem Ressourceneinsatz von Integration, bei unterschiedlichen Zielen und Ressourcen von Koordination der Versorgungsinhalte bzw. -sektoren zu sprechen ist.

Aufgabe und Zielsetzung der integrierten Versorgung ist danach primär die Beseitigung der Defizite und Strukturmängel innerhalb der medizinischen Akutversorgung. Dies belegt ausdrücklich auch die den §§ 140 a bis 140 g SGB V vorangestellte Begründung, wonach die „bisherige starre Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung gezielt durchbrochen werden [soll], um die Voraussetzungen für eine stärker an den Versorgungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Behandlung zu verbessern. Hierzu bedarf es integrierter Versorgungsformen zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern, zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Dabei muss insbesondere darauf geachtet werden, dass medizinische Rehabilitationsmaßnahmen den ihnen zukommenden Stellenwert erhalten“ ([12], S. 91, Zu Nummer 82).

2.2 Gegenstand der integrierten Versorgung

Gegenstand der Verträge über die integrierte Versorgung können nach § 140a Abs. 1 SGB V sein

- die verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten
- die interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung.

Neben allen Leistungen der akutmedizinischen Versorgung sind Gegenstand der integrierten Versorgung im Sinne pflegerischer Leistungen nur die ausdrücklich im Fünften Sozialgesetzbuch genannten pflegerischen Leistungen, d.s. die Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V sowie die stationären und ambulanten Hospizleistungen nach § 39a SGB V. Für bestimmte Gruppen von pflegebedürftigen Menschen kann in diesem Zusammenhang auch noch die Soziotherapie nach § 37a SGB V bedeutsam sein.

Nicht Gegenstand der Verträge über die integrierte Versorgung sind dagegen alle Leistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch.

2.3 Kooperation bzw. Koordination der Pflege statt Inkorporation in die integrierte Versorgung

Die Träger von Pflegeeinrichtungen können deshalb folgerichtig nach § 140b SGB V nur dann Partner eines Vertrages über die integrierte Versorgung sein, wenn sie neben der Trägerschaft über die Pflegeeinrichtung auch noch Träger

- eines Krankenhauses
- einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung
- eines Versorgungszentrums
- oder einer Management-Gesellschaft sind, die gemeinsam mit Leistungserbringern im Sinne des Fünften Sozialgesetzbuches Leistungen der integrierten Versorgung anbietet.

Die Zielsetzung der Integrierten Versorgung als künftige Regelversorgung

- Überwindung der Schnittstellenprobleme Zwischen den Versorgungssektoren
- Verbesserung der Versorgungsqualität, insbesondere auch durch eine andere

³ Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19.6.2001. BGBl I, 2001; S 1046

Organisation ihrer Durchführung (Case- bzw. Care-Management)
rechtfertigt auch die Einbeziehung der Leistungserbringer sowie die Leistungen der Pflege nach dem SGB XI.

Solange der Gesetzgeber diese durch eine entsprechende Änderung des Fünften Sozialgesetzbuches nicht ausdrücklich in das Recht der Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff SGB V einbezieht (Inkorporation), ist dies nur durch Koordination und Kooperation zwischen den Versorgungssektoren Akut und Pflege sowie der an der Versorgung jeweils Beteiligten möglich.

2.4 Vertragliche Grundlagen der Kooperation von Pflege und integrierter Versorgung

Es ist absolut zulässig, im Rahmen der Entwicklung der Leistungsinhalte eines Vertrages zur integrierten Versorgung parallel auch die bedarfsgerecht erforderlichen Leistungen nach dem SGB XI zu definieren. Formal könnten in **Ergänzung zu dem Vertrag über die Integrierte Versorgung** folgende Verträge zur Ausführung ergänzender als Pflegeleistungen geschlossen werden:

- Vertrag im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 8 Abs. 3 SGB XI, der ausdrücklich eine Abweichung von den Regelungen des 7. Kapitels SGB XI, d.h., z.B. auch einen bedarfsorientierten Zuschnitt der Leistungen auf die zur Ergänzung der integrierten Versorgung erforderlichen Pflegemodule und dafür spezifische, von der üblichen Vergütung der Pflege abweichende Vergütungsregelungen zulässt oder
- Vertrag mit den Leistungserbringern über die Ausführung der Leistungen im Rahmen (von den Berechtigten im Einzelfall zu beantragender) persönlicher Budgets nach § 17 Abs. 2 – 6 SGB IX, wobei die individuelle bedarfsgerechte Anpassung der Leistungen über die Ausgestaltung des Gutscheines erfolgen kann. Vergütungen sind nach dem SGB IX ohnehin ausschließlich der Verhandlung vorbehalten.
- Verträge mit Kombinationen von Leistungen eines Modellvorhabens nach § 8 Abs. 3 SGB IX mit Leistungen, die als persönliches Budget nach § 17 Abs. 2 – 4 SGB IX ausgeführt werden sollen,
- Spezifische Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI, in denen Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen iSd § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB XI ausdrücklich auf die Koordinations- und Kooperationsleistungen zur Integrierten Versorgung fokussiert werden. Dazu sind nach § 82 SGB XI spezifische Vergütungen zu vereinbaren. Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI konkretisieren die von einer Pflegeeinrichtung zu erbringenden Pflegeleistungen unabhängig davon, auf welche Weise sie ausgeführt werden, ambulant bzw. stationär oder in einer Pflegeeinrichtung bzw. im Rahmen der integrierten Versorgung.

In diesen zur Kooperation von Pflegeeinrichtungen und integrierter Versorgung denkbaren Vertragstypen wird jeweils die Ausführung von Leistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch vereinbart. Die Vergütungen richten sich ebenfalls nach dem SGB XI, sind jedoch für die vereinbarten Leistungen – weitgehend abweichend von den für die Vergütungen nach dem SGB IX üblichen Pflegesatzverhandlungen - spezifisch zu vereinbaren.

Damit bestehen für die Leistungserbringer im Bereich der Pflege verschiedene Alternativen, sich zwar nicht unmittelbar, wohl aber mittelbar in Kooperation mit den Partnern der Verträge über die Integrierte Versorgung an dieser Versorgungsform zu beteiligen.

3. Auswirkungen der medizinischen Versorgungszentren auf die Pflege

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) **medizinische Versorgungszentren** eingeführt (§ 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Das sind fachübergreifende ärztliche

Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Ärztereister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind und ärztliche Leistungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung ausführen.

Diese Einrichtungen der ambulanten Akutversorgung erscheinen auf den ersten Blick für die Versorgungsstrukturentwicklung im Bereich der Pflege nicht sonderlich relevant. Berücksichtigt man jedoch, dass der „hausarztzentrierten Versorgung“ (§ 73b SGB V) künftig eine nicht unbedeutende Steuerungsfunktion im gegliederten System im Sinne eines Case-Managements zugemessen wird, erschließt sich die Bedeutung sofort, die medizinische Versorgungszentren künftig auch für die Versorgungsstrukturentwicklung im Bereich der Pflege, aber auch die Inanspruchnahme und Auslastung pflegerischer Angebote haben können.

3.1 Medizinische Versorgungszentren als Zentrum interdisziplinärer Leistungsangebote

Medizinische Versorgungszentren dürfen zwar selbst nur Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem SGB V anbieten.

Die Trägerschaft medizinischer Versorgungszentren ist nicht nur der Ärzteschaft vorbehalten. Träger können z.B. auch eigens zu diesem Zweck gegründete Trägerorganisationen sein, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte anstellen.

Es ist deshalb zulässig, wenn ein Anbieter von Gesundheits- und Sozialleistungen zugleich auch Träger von medizinischen Versorgungszentren sind und unter dem räumlichen Dach des medizinischen Versorgungszentrums zugleich z.B. auch ambulante oder sonstige pflegerischen Leistungen oder ambulanten Rehabilitationsleistungen anbietet, wenn er diese Leistungsangebote – z.B. in entsprechenden Subunternehmen – jeweils rechtlich und wirtschaftlich getrennt organisiert. Da sowohl für diese multidisziplinären Leistungsangebote wie auch für die integrierte Versorgung eine fachlich professionell angelegte Leistungsorganisation und –steuerung notwendig ist, bietet es sich nachgerade an, unter dem Dach des medizinischen Versorgungszentrums als weiteres Unternehmen ein Case-Management anzusiedeln, dessen Tätigkeit abgesehen von den ökonomischen Auswirkungen für die eigenen Leistungsangebote im Zusammenhang mit der Angebotsauslastung auch für die Kostenträger mit Blick auf den Grundsatzes „ambulant vor stationär“ und andere ökonomische Zielgrößen des Gesundheitsrechts große Bedeutung erlangen wird.

In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass es notwendig ist – auch die wissenschaftliche – Diskussion die Diskussion von Case-Management nicht nur auf der Ebene und der Sicht des Betroffenen und der Kostenträger, sondern auch auf der Ebene und aus der Sicht der Leistungsausführung (Organisation der Leistungserbringung/Versorgungsstrukturentwicklung) zu führen.

Es kann jedenfalls kein Zweifel daran bestehen, dass medizinische Versorgungszentren aus den genannten Gründen auch als eigenständiges Geschäftsfeld für größere Träger von Pflegeeinrichtungen von Interesse sind, zumal dann, wenn z.B. – wie im Bereich von Diakonie und Caritas – auch Krankenhäuser Gegenstand der unternehmerischen Betätigung sind. Träger von Pflegeeinrichtungen, die unternehmerisch in der Lage wären, auch medizinische Versorgungszentren zu betreiben, sollten sich mit den spezifischen Anforderungen und Zulassungsvoraussetzungen im Rahmen des Kassenarztrechts auseinandersetzen, wobei mit Blick auf den zunehmenden Ärztemangel in den neuen Bundesländern dort gute Aussichten für die Zulassung bestehen.

3.2 Kooperation zwischen medizinischen Versorgungszentren und Pflegeeinrichtungen

Träger von kleineren Pflegeeinrichtungen sollten auf jeden Fall die Kooperation und enge Zusammenarbeit mit medizinischen Versorgungszentren anstreben. Damit lassen sich nicht nur vorhandene Geschäftsfelder wie die ambulante Pflege optimieren, damit können – mit Blick auf die oftmals sehr defizitäre ärztliche Versorgung der Bewohner in stationären Pflege-

einrichtungen und die immer wieder zu Recht kritisierte Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeeinrichtungen – auch Defizite der medizinischen Versorgungsqualität in stationären Einrichtungen aufgearbeitet werden.

4. Auswirkungen der Einführung des persönlichen Budgets

Der Gesetzgeber hatte mit Inkrafttreten des Neunten Sozialgesetzbuches ab 1.7.2001 den Berechtigten im Bereich des Behindertenrechts die Möglichkeit eingeräumt, die Leistungen des SGB IX als persönliches Budget ausführen zu lassen.

Als nächster Schritt wurde durch das Gesetz vom 14.12.2001 im Bereich der Pflegeversicherung mit § 8 Abs. 3 SGB XI die Möglichkeit geschaffen, zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen der Pflege personenbezogene Budgets zu erproben.

Von der Öffentlichkeit unbemerkt, aber auch von der Fachöffentlichkeit kaum wahrgenommen wurde dann im Rahmen der sogen. „Hartz-Gesetzgebung“ mit dem Gesetz zur Einführung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch (SGB XII) rückwirkend ab dem 1.7.2004 § 17 SGB IX neu gefasst und das persönliche Budget rechtsübergreifend auf große Teile des Sozialrechts erstreckt.

In diesem Beitrag werden lediglich die Auswirkungen des persönlichen Budgets auf die pflegerischen Versorgungsstrukturen bewertet.

4.1 Modellvorhaben nach § 8 Abs. 3 SGB XI

Der Gesetzgeber hat den Spitzenverbänden der Pflegekassen ab 1.1.2002 die Möglichkeit eröffnet, mit einem Aufwand von jährlich 5 Mio. EUR mit den Leistungserbringern Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige zu vereinbaren (§ 8 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Nach Satz 2 aaO soll sich die Entwicklung vorrangig modellhaft auf die Erprobung der Möglichkeiten eines personenbezogenen Budgets sowie neue Wohnkonzepte erstrecken. Trotz dieser Prioritätensetzung des Gesetzgebers ist rechtlich durchaus auch die Entwicklung anderer neuer Versorgungsformen z.B. als Bestandteil oder zur Ergänzung integrierter Versorgungsstrukturen zulässig.

Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann nach Satz 3 aaO im Einzelfall ausdrücklich von den Regelungen des 7. Kapitels sowie von § 36 SGB XI abgewichen werden. Die Modellvorhaben nach § 8 SGB XI gestatten danach im Einzelfall eine individuelle bedarfsgerechte und zielorientierte Ausgestaltung von Art und Umfang der Leistungen des SGB XI, wie auch eine spezifische Gestaltung der dazu erforderlichen Versorgungsverträge und Vergütungen. Die zeitliche Befristung der Modellvorhaben auf maximal 5 Jahre und das aufwendige Genehmigungsverfahren bis hin zum BMGS stellen allerdings häufig Innovationshemmnisse dar.

Die auf dieser Rechtsgrundlage bundesweit in sieben Regionen laufenden Modellprojekte sollen hier nicht näher erörtert werden. Auf die diesbezüglichen Publikationen, insbesondere von Prof. Dr. Thomas Klie, Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V., Freiburg, der die Modellprojekte wissenschaftlich begleitet, wird verwiesen.

§ 8 Abs. 3 SGB XI verfolgt das Ziel, neue Versorgungsformen zu entwickeln und gestattet es den Pflegekassen, zu diesem Zwecke Versorgungsverträge abweichend vom 7. Kapitel des SGB XI einzugehen. Gegenstand des Versorgungsvertrages sind nach § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB XI Art, Inhalt und Umfang der in § 4 Abs. 2 SGB XI genannten Pflegeleistungen, d.h., aller Aufwendungen, die für die Versorgung der Berechtigten nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlich sind (pflegebedingte Aufwendungen). Damit wird ein bedarfs- und zielgerichteter Zuschnitt der ansonsten im 4. Kapitel „fraktioniert“ beschriebenen Leistungen der Pflegeversicherung ermöglicht.

Für die nachfolgende Erörterung des persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 – 6 SGB IX ist daran anknüpfend die Feststellung bedeutsam, dass es sich bei den im Rahmen der Modellvorhaben nach § 8 Abs. 3 SGB XI vereinbarten – ggfls. abweichend von den sonstigen Normen des SGB XI gestalteten – Leistungen gleichwohl um solche im Sinne des § 35a SGB XI handelt, die auch Teil eines trägerübergreifenden Budgets nach § 17 Abs. 2 – 4 SGB XI sein können.

4.2 Auswirkungen des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 – 6 SGB XI

Der Gesetzgeber hatte mit dem Inkrafttreten des Neunten Sozialgesetzbuches bereits ab 1.7.2001 in § 17 Abs. 1 SGB IX die Möglichkeit vorgesehen, Leistungen – zunächst ausschließlich solche des SGB IX für behinderte und chronisch kranke Menschen – abweichend von der gesetzlich im SGB IX oder in den für die Träger der Rehabilitation geltenden sonstigen Gesetzen normierten Form auf Antrag auch als persönliches Budget auszuführen.

Unabhängig von den nach § 8 Abs. 3 SGB IX laufenden Modellvorhaben zur Erprobung neuer pflegerischer Versorgungsformen hat der Gesetzgeber rückwirkend ab dem 1.7.2004 § 17 SGB IX neu gefasst und das persönliche Budget rechtsübergreifend auf große Teile des Sozialrechts ausgedehnt, wobei die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit aller Sozialleistungsträger fast vollständig Gegenstand des persönlichen Budgets sein können.

In den bisherigen Veröffentlichungen zu § 17 SGB IX – auch im Zusammenhang mit den entsprechenden Modellvorhaben zur Erprobung nach § 17 Abs. 5 SGB IX - wird häufig vom „Integrierten Budget“ gesprochen und der Eindruck erweckt, dabei handele es sich um eine spezifische Regelung für Menschen mit Behinderungen.

Wie die nachfolgende Auflistung zeigt, greift dieser Ansatz zu kurz. Es handelt sich nämlich bei § 17 Abs. 2 - 6 SGB IX seit dem 1.7.2004 nicht mehr um spezifisches Behindertenrecht, sondern um eine Regelung, die zwar formal im Behindertenrecht angesiedelt ist, durch die entsprechenden Bezugnahmen in dem für die jeweiligen Sozialleistungsträger geltenden spezifischen Recht jedoch zu unmittelbar für diese Träger und ihre Leistungen geltendem Recht geworden ist:

- § 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.

Im Gegensatz zu § 8 Abs. 3 SGB XI verfolgt § 17 Abs. 2 – 6 SGB IX nicht das Ziel, neue Versorgungsformen zu entwickeln und greift deswegen auch nicht unmittelbar im Sinne einer Veränderung der gesetzlich definierten Leistungen in die Leistung selbst ein. § 17 Abs. 2 SGB IX sieht vor, dass die in verschiedenen Leistungsgesetzen beschriebenen Leistungen – abweichend von der üblichen Art der Leistungsausführung – in Form eines, von einem Leistungsträger aus einer Hand erbrachten persönlichen Budgets ausgeführt werden können. Der Berechtigte hat es bei mehreren Leistungsansprüchen aus verschiedenen Sozialgesetzen nicht mehr mit verschiedenen Leistungsträgern, sondern auf seinen Antrag nur noch mit einem federführenden Leistungsträger zu tun, der die bedarfsgerecht erforderlichen Leistungen quasi in einem „Korb“ bei den einzelnen Trägern einsammelt und für diese gemeinsam und einheitlich aus einer Hand ausführt.

4.2.1 Gegenstand des Persönlichen Budgets

Gegenstand des persönlichen Budgets können nach § 2 der zu § 17 SGB IX erlassenen Budgetverordnung (BudgetV), mit der das Verfahren des Zustandekommens und die Hand-

habung des persönlichen Budgets für alle Sozialleistungsträger einheitlich und verbindlich geregelt wird, sein

- alle - auch die über das SGB IX hinausgehenden - Leistungen der Krankenversicherung
- die Leistungen aller Rehabilitationsträger (einschl. Sozialhilfeträger und Kinder- und Jugendhilfe) im Sinne des SGB IX
- bestimmte, in § 35a SGB XI definierte Leistungen der Pflegekassen
- Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII.

Damit ist es denkbar, z.B. Leistungen der Akutversorgung nach dem SGB V mit den in § 35a SGB XI bezeichneten Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach dem SGB IX in einem persönlichen Budget zu kombinieren

Der Gesetzgeber hat die Definition der budgetfähigen Leistungen – mit Ausnahme der Leistungen nach dem SGB XI – der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger überlassen bzw. – im Bereich der staatlichen Sozialleistungsträger – in das pflichtgemäße Ermessen der Träger gestellt.

4.2.1.1 Budgetfähige Leistungen der Krankenversicherung

So haben die Spitzenverbände der **Kranken- und Pflegekassen** zur Umsetzung des trägerübergreifenden persönlichen Budgets gem. § 17 SGB IX die aus ihrer Sicht budgetfähigen Leistungen in einer gemeinsamen Empfehlung vom 28.6.2004 konkretisiert.

Obwohl der Gesetzgeber für die Ausführung als persönliches Budget keine Einschränkung der Leistungen der Krankenversicherung vorsieht, beschränkt die Empfehlung die budgetfähigen Leistungen in der Verantwortung der Selbstverwaltung auf folgende Leistungen des SGB V:

Häusliche Krankenpflege	Haushaltshilfe
Fahrtkosten	Reisekosten
Rehabilitationssport	Funktionstraining
zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	
Betriebskosten bei Hilfsmitteln	
Aufwendungsersatz für Blindenführhunde	
Gebärdensprachdolmetscher.	

Ohne Begründung sind ausgenommen Ärztliche Behandlung, Heilmittel, Arzneimittel, Reha-Leistungen, obwohl letztere nach § 17 Abs. 2 S. 1 SGB IX ausdrücklich bereits gesetzlich einbezogen sind. Für bestimmte pflegebedürftige Menschen sind die Überwindung der Schnittstellen des Systems und ein selbstbestimmtes Leben bei Ausgrenzung z.B. der Psychotherapie oder der stationären bzw. ambulanten Hospizleistungen nicht erreichbar.

Die gemeinsame Empfehlung vom 28.6.2004 erging zu der bis 30.6.2004 wirksamen Fassung des § 17 SGB IX, die als Voraussetzung der Budgetfähigkeit die „Regiefähigkeit“ einer Leistung forderte. Dies könnte die Begründung für die Nichtaufnahme der genannten Leistungen der Krankenversicherung in das gemeinsame der Spitzenverbände der Krankenkassen sein. Da seit der Neufassung ab 1.7.2004 die „Regiefähigkeit“ rechtlich nicht mehr gefordert wird, ist es weder von der Zielsetzung des Gesetzes, noch von der Sache her gerechtfertigt, durch die Selbstverwaltung bestimmte Leistungen des Fünften Sozialgesetzbuches aus der Ausführung von Leistungen im Rahmen eines persönlichen Budgets auszuschließen, wenn es sich um alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Leistungen handelt. Ggf. müssen die nach geltenden Recht bestehenden Ansprüche müssen auf dem Rechtsweg durchgesetzt werden, obwohl es – nicht zuletzt auch wegen der für die Kassen mit der Überwindung der Schnittstellen des gegliederten Systems verbundenen ökonomischen Effekte - nachge-

rade im eigenen Interesse der Kostenträger liegen müsste, möglichst viele Leistungen in das persönliche Budget einzubeziehen.

Leider enthält die Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen auch rechtlich nicht legitimierte Restriktionen zum Verwaltungsverfahren. Obwohl mit der Regelung im Sinne der „Leistungsgewährung aus einer Hand“ gerade die Verfahren der Versorgung vereinfacht, verkürzt und beschleunigt werden sollen, geht die Empfehlung z.B. rechtswidrig davon aus, dass der Berechtigte bei erstmaliger Geltendmachung einer Leistung neben dem Budgetantrag beim federführenden Leistungsträger noch einen eigenständigen Leistungsantrag bei der Kasse stellen muss.

4.2.1.2 Budgetfähige Leistungen der Pflegeversicherung

Für den Bereich der **Pflegeversicherung** hat der Gesetzgeber die budgetfähigen Leistungen mit einer abschließenden Aufzählung unmittelbar in § 35a SGB XI wie folgt vorgegeben:

- 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 Gutschein.

4.2.1.3 Budgetfähige Leistungen der Rehabilitationsträger (einschl. Sozialhilfeträger)

Die **Rehabilitationsträger – einschl. der Träger Sozialhilfe** bzw. Kinder- und Jugendhilfe – können nach dem SGB IX bzw. SGB XII zum persönlichen Budget vor allen Dingen folgende **Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** beisteuern:

- 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.

In diesem Zusammenhang ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Sozialhilfeträger seit dem Inkrafttreten des SGB IX am 1.7.2001 nicht mehr nur Träger der Fürsorge mit nachrangigen Leistungen nach dem SGB XII sind, sondern zugleich auch Rehabilitationsträger, gegen den die Berechtigten einen originären – nicht nachrangigen - Leistungsanspruch nach den §§ 55 ff SGB IX ggfls. auch ohne vorrangige Eigenbeteiligung bzw. Inanspruchnahme von Angehörigen geltend machen können.

4.2.1.4 Leistungskonkurrenzen

In diesem Zusammenhang ist darauf hin zu weisen, dass pflegebedürftige Menschen in der Regel zugleich auch

- 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

sind. Ein Mensch ist auch dann behindert oder von Behinderung bedroht, wenn er pflegebedürftig ist oder wird. Er verliert seine Rechte und Ansprüche nach dem SGB IX nicht etwa deshalb, weil er zugleich auch als Pflegebedürftiger Leistungen nach dem SGB XI beanspruchen kann.

Danach kann z.B. ein Sozialhilfeträger Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach §§ 55 ff SGB IX nicht etwa mit der Begründung ablehnen, dass der Antragsteller pflegebedürftig sei und Leistungen ausschließlich noch auf der Grundlage des SGB XI beanspruchen könne. Mit Blick auf die unterschiedlichen Aufgabenstellungen und Ziele der Sozialgesetzbücher V, IX und XI können im Sozialrecht fast deckungsgleich formulierte Leistungsansprüche (z.B. Hilfsmittel) materiell ganz unterschiedlich ausgeprägt sein, je nach dem, ob damit die gesundheitliche Grundversorgung (Herstellung der bestmöglichen Gesundheit als Aufgabe der Krankenversicherung), Pflege und Gewährleistung von Mobilität in einer Pflegeeinrichtung als Aufgabe der Pflegeversicherung oder die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft als Aufgabe des Sozialhilfeträgers als Rehabilitationsträger erreicht werden soll.

Es kann deshalb wegen der bestehenden Leistungskonkurrenz allenfalls um die Vermeidung ungerechtfertigter Doppelleistungen gehen.

4.2.2 Ausführung des persönlichen Budgets

Das persönliche Budget nach § 17 SGB IX ist

- in der Regel als Geldleistung
- in begründeten Fällen durch Gutscheine (Abs. 2 Satz 4)

auszuführen, wobei

- in § 35a SGB XI ausdrücklich klargestellt wird, dass die Gutscheine auch im Bereich der Pflegeversicherung dazu dienen, Sachleistungen budgetfähig zu handhaben, was im Ergebnis – vergleichbar den Modellvorhaben nach § 8 Abs. 2 SGB XI - auch die bedarfs- und zielgerichtete Anpassung der gesetzlich definierten Leistungen an die Anforderungen des Einzelfalles umfasst und insoweit einen Ermessensspielraum hinsichtlich der konkreten Leistungsausgestaltung beinhaltet.
- Das heißt für Sachleistungen im Rahmen des SGB V bzw. SGB IX auch, diese durch die entsprechende Ausgestaltung der Sachleistungen im Rahmen des Gutscheins auf den nach § 10 SGB IX festgestellten individuellen Bedarf funktionsbezogen zuschneiden zu können.

§ 17 Abs. 3 Satz 2 SGB IX schreibt ausdrücklich vor, dass die persönlichen Budgets auf der Grundlage der nach § 10 Abs. 1 SGB IX getroffenen Feststellungen so bemessen werden müssen, dass der individuelle festgestellte Bedarf gedeckt wird und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen kann.

Damit sind die Kosten der individuellen Beratung und Unterstützung, d.h., des Case-Managements, ausdrücklich Gegenstand des Budgets und von den Leistungsträgern zu finanzieren.

4.2.3 Feststellung des Bedarfs

Im Übrigen wird eine weitere Regelung des SGB IX – nämlich die zur **Bedarfsfeststellung** nach § 10 – ausdrücklich über das Leistungsrecht des SGB IX hinaus auf alle übrigen Sozialgesetze und beteiligte Sozialleistungsträger erstreckt. Die Träger, die an einem persönlichen Budget beteiligt sein können, sind danach nunmehr im Rahmen der für sie geltenden spezifischen Sozialgesetze verpflichtet, für die Bemessung des persönlichen Budgets die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen festzustellen und schriftlich so zusammen zu stellen, dass sie nahtlos ineinander greifen.

Die funktionsbezogene Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs erfordert die Feststellung von Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Sinne der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO. Auf dieser Grundlage ergibt sich dann zu den verschiedenen Ausprägungen der Teilhabebeeinträchtigungen (Körperliche, seelische, soziale Integrität, Integrität der Aktivitäten und Leistungen) der interdisziplinäre Leistungsbedarf auf der Grundlage der

verschiedenen Sozialleistungsgesetze, die in dem persönlichen Budget zusammengefasst und aus einer Hand ausgeführt werden.

Derzeit entspricht jedoch das Verfahren zur Feststellung des individuellen, funktionsbezogenen Leistungsbedarfs bei keinem Sozialleistungsträger den gesetzlichen Anforderungen bzw. den Maßstäben der ICF:

- SGB IX: Interdisziplinäre Sachverständigengutachten nach § 14, die Art und Umfang der Teilhabebeeinträchtigungen im Sinne der ICF vollständig und umfassend erheben; tatsächlich jedoch – auch nach gemeinsamer Empfehlung „Einheitliche Begutachtung“ vorwiegend rein medizinische Gutachten, die sich im Wesentlichen auf die Feststellung der Beeinträchtigungen der körperlichen und seelischen Integrität beschränken
- SGB V: Med. Begutachtung des MDK nach § 275 Abs. 1 SGB V; tatsächlich: häufig nur ärztliche Verordnung zu rein medizinisch definierten Sachverhalten
- SGB XI: Pflegeeinstufung durch den MDK nach § 18 SGB XI: Gesetzlich ausdrücklich beschränkt auf die Untersuchung der – vorwiegend durch körperliche Beeinträchtigungen verursachte – Einschränkungen im Sinne des § 14 Abs. 4 XI.

Im Rahmen der derzeit bis 31.12.2007 laufenden Modell- und Erprobungsphase muss es deshalb primär darum gehen, geeignete Assessmentverfahren im Sinne des § 10 SGB IX zu gestalten, die den gesetzlichen Anforderungen entsprechen.

U.a. wegen dieser Defizite im Zusammenhang mit der Bedarfsfeststellung besteht bis zum 31.12.2007 lediglich ein Ermessensanspruch auf die Ausführung eines persönlichen Budgets, der allerdings ab 1.1.2008 durch einen Rechtsanspruch ersetzt wird.

4.2.4 Das Verfahren nach der BudgetV

Das **Verfahren** zur Beantragung, Entscheidung und Ausführung eines persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 – 4 SGB IX ist für alle beteiligten Sozialleistungsträger einheitlich und verbindlich in der Budgetverordnung (BudgetV) vom 27.5.2004 geregelt.

Danach ist der nach § 14 SGB IX zuständige Leistungsträger oder der Träger der gemeinsamen Servicestelle, bei der der Antrag gestellt wird, 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 Budgets
 - dem Inhalt der Zielvereinbarung
 - dem Beratungs- und Unterstützungsbedarf
- 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 und erbringt für alle Träger die Leistung.

Die vom Verfasser erstellte Kommentierung des § 17 SGB IX ist als Auszug aus dem Kommentar Bihr/Fuchs/Krauskopf/Ritz zum SGB IX (asgard-verlag, St. Augustin) auf der Internetplattform des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen www.sgb-ix-umsetzen.de einzusehen.

5. Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Im Zusammenhang mit dem hier abgehandelten Thema ergeben sich Anforderungen an eine Strukturreform, die durch folgende Stichworte gekennzeichnet sind

- Gestaltung eines umfassenden Pflegebegriffs im Sozialrecht
- Ausbau von Prävention und Rehabilitation
- Orientierung der Leistungen und des Leistungsinhalts am individuellen Pflegebedarf
- Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs durch ICF-orientierte Assessments
- Ziel der Leistungen muss neben der selbstbestimmten Lebensführung die Teilhabe pflegebedürftiger Menschen am Leben in der Gesellschaft sein
- Entwicklung und Einführung einer Leistungsklassifikation zur bedarfs- und zielgerichteten Leistungsausführung
- Vergütung entsprechend dem Ressourcenverbrauch
- Bedarfsgerechter Ausbau insbesondere interdisziplinärer, nichtstationärer Versorgungsstrukturen
- Stärkung der Rechte der Pflegebedürftigen

Der Verfasser hat diese und andere Eckpunkte in einem Memorandum „**Aspekte einer wirksamen Strukturreform der Pflegeversicherung**“ (vergl. Internetplattform des Verfassers www.harry-fuchs.de).zusammengefasst und begründet. Die zugleich vorgelegten Entwicklungsvorschläge greifen zurück auf Stellungnahmen des Verfassers zum Thema Pflegeversicherung an die Enquête -Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages.

Eine frühere Kurzfassung dieser Überlegungen wurde gemeinsam mit Frau Schmidt-Zadel in „Arbeit und Sozialpolitik“, Heft 11/12, 2002, Seiten 55 ff veröffentlicht und kann dort nachgelesen werden.