

**DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE
GESELLSCHAFT**

und

**LANDESWOHLFAHRTSVERBAND
HESSEN**



Es geht um die Zukunft,

**wenn Maßnahme-
pauschalen Einzug halten!**



**Referate zur Fachtagung
am 9. Dezember 1998 in Kassel**

Vorwort

Am 1. Januar 1999 soll die Umsetzung der gesetzlichen Änderung des § 93 BSHG wirksam werden. Da es keine bundeseinheitlichen Vorgaben gibt, werden zur Zeit in den einzelnen Bundesländern Regelungen entwickelt, die in der Regel zunächst in Form von Übergangsregelungen wirksam werden.

Eine weitergehende, fachlich fundierte Ausgestaltung von Rahmenverträgen auf Länderebene, ist vielfach noch zu erarbeiten.

Bereits heute ist ersichtlich, daß an diese Arbeit mit unterschiedlichen Erwartungen, Interessen und Zielsetzungen seitens der Vereinbarungspartner herangegangen wird.

Die Veranstalter möchten mit dieser Fachtagung

- die Unterschiede und die Übereinstimmungen dieser Zielsetzungen herausarbeiten,
- über den Stand der Umsetzung in den Bundesländern informieren und
- den Personenkreis der Menschen mit schweren geistigen Behinderungen, mit Mehrfachbehinderungen und/oder Problemverhalten in den Mittelpunkt des Handelns stellen.

Die Bearbeitung und Herausgabe von Tagungsbeiträgen benötigt immer einige Zeit. Natürlich haben sich in der Zwischenzeit bereits wieder neue Entwicklungen ergeben. Wir weisen deshalb darauf hin, daß sich die Angaben in allen Beiträgen auf den Stand von *Ende Dezember 1998* beziehen.

Inhalt

Lutz Klein	Erster Beigeordneter des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen (LWV) Begrüßung	3
Gerold Moser	Vorsitzender der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft (DHG) Begrüßung	4
Edgar Paul	Die gesetzlichen Vorgaben nach § 93 BSHG und die bisherigen Umsetzungsschritte auf Bundes- und Länderebene am Beispiel Hessen	5
Albrecht Rohrmann	Maßnahmepauschalen aus Nutzer/innensicht	12
Gerd Kronenberger	Maßnahmepauschale und Gesamtplan - Wechselwirkungen zwischen den § 93 und § 46 BSHG	18
Heinz Tietjen	Wechselwirkungen zwischen Maßnahmepauschale und Enthospitalisierungsprojekten	22
Gerold Moser	Zusammenfassung und Schlußwort	25
DHG	Tagungsprogramm	26

IMPRESSUM

Herausgeber: Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG) e.V.
Auf den Häfen 30/32, 28203 Bremen; Tel. 0421 / 790243; Fax 0421 / 790249
Redaktionelle Bearbeitung: Edgar Seeger, Heinz Tietjen, Christian Bradl
Düren, im Juli 1999

Begrüßung

Lutz Klein

Erster Beigeordneter des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen (LWV)

Ich darf Sie herzlich willkommen heißen und ich hoffe, daß Sie sich in unseren Räumen, in denen sonst die Verbandsversammlung des LWV Hessen, das sogenannte Sozialparlament tagt, recht wohl fühlen.

Dieses Gebäude ist das älteste hessische parlamentarische Gebäude; denn von 1836 bis 1866 war es Sitz des Kurhessischen Landtages. Wer zu Fuß durch den Haupteingang hereingekommen ist, hat möglicherweise auch die Bronzetafel mit diesen Hinweisen an der Hauswand gesehen. Von 1868 bis 1953 war dieses Gebäude Sitz der Verwaltung des Bezirkskommunalverbandes Kassel, also eines der Vorgänger des LWV Hessen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich um die Organisation gekümmert hatten, hatten das Ziel, alle Voraussetzungen und Möglichkeiten, die sie für eine gelungene Tagung benötigen, zu schaffen. Ich hoffe, mein Eindruck zeigt dies eigentlich, daß dies rundherum gelungen ist und daß Sie auch heute abend noch immer dieser Auffassung sind. Ich möchte deshalb diesen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die vorwiegend im Hintergrund arbeiten, ganz herzlich für die Vorbereitungsarbeiten danken.

Sie werden heute von dieser Stelle aus eine Menge fachliche Ausführungen, Ideen und Anregungen hören, so daß ich mein Grußwort auf einige wenige Sätze beschränken kann. Aber zwei Dinge möchte ich zu Beginn dieser Tagung erwähnen.

Als erstes die Zusammenarbeit mit der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft. Seit fast 10 Jahren haben wir als LWV Hessen mit der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft einen guten fachlichen Erfahrungsaustausch, was die Enthospitalisierung und regionale Eingliederung von Menschen mit einer geistigen Behinderung aus LWV-eigenen Heimen betrifft. Der LWV Hessen ist selbst Träger von Heilpädagogischen Einrichtungen in Bad Emstal, in Haina-Kloster, in Herborn, in Weilmünster und in Riedstadt.

Ich freue mich besonders, daß wir die Zusammenarbeit auch auf die Reformen des § 93 des BSHG ausdehnen konnten und einen kritischen Partner für Fachfragen zur Seite haben.

Als zweites halte ich es für wichtig, Ihnen zu Beginn der Tagung mitzuteilen, wo der § 93 BSHG im Mittelpunkt Ihrer Beratungen steht, daß die Vertragspartner des Landesrahmenvertrages in Hessen nach § 93 d BSHG gewillt sind, den Weg der *personenbezogenen Hilfestellung* konsequent zu gehen. Hier betreten wir in Hessen Neuland. Diese Tagung wird also auch dazu dienen, ein Stück dieses Weges oder ein Stück dieses Neulandes zu beleuchten und mit Klarheit auszuleuchten.

Ich wünsche der Veranstaltung einen guten Verlauf, bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche einen guten Aufenthalt in Kassel.

Lutz Klein
Erster Beigeordneter, Landeswohlfahrtsverband Hessen
Ständeplatz 6-10, 34117 Kassel

Begrüßung

Gerold Moser

Vorsitzender der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft (DHG)

Ich begrüße Sie sehr herzlich zu unserer Tagung hier in Kassel; und freue mich besonders, daß bei dieser Wetterlage das alles noch so hingehauen hat.

Die Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft ist eine Gesellschaft, die sich seit Jahren zum Ziel gesetzt hat, sich um Personen zu kümmern, die einen besonders hohen personellen Hilfebedarf haben, sei es wegen ihrer Verhaltensprobleme, sei es wegen ihres pflegerischen Aufwandes, und manchmal kommt auch beides zusammen. Dies ist der Personenkreis, der uns besonders am Herzen liegt. Es gab Zeiten, wo die Enthospitalisierung im Vordergrund stand, zur Zeit steht die Veränderung des § 93 als Thema an.

Zu diesen Fragen startete die Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft Initiativen, eine davon ist diese Tagung. Tagungen veranstalten wir immer regional verstreut. Wir waren einmal in Bremen, zweimal in Münster, letztes Jahr in Düren und dieses Jahr in Kassel. Dadurch lassen sich besonders gut regionale Bezüge herstellen. Dieses ist uns besonders wichtig. Wir erreichen dadurch immer mehr Mitarbeiter und Kollegen aus der Region; dieses Mal liegt der Schwerpunkt in der Kasseler Region und beim LWV, und ganz logisch kommen deswegen auch sehr viele Teilnehmer vom Landeswohlfahrtsverband.

Was ich besonders hervorheben will, ist, daß ein Mitglied der DHG, eine öffentliche Körperschaft, wie dies der Landeswohlfahrtsverband ist, und die DHG durch die Veranstaltung einer gemeinsamen Tagung nach außen hin ihre Zusammenarbeit dokumentieren.

Ich bedanke mich bei allen, die mitgewirkt haben bei dieser Tagung. Besonders herzlicher Dank gilt den beiden „Speerspitzen“, Herrn Edgar Seeger und Herrn Walter Horstmann.

Die Veränderung des §93 BSHG muß meiner Ansicht nach an dem gemessen werden, was sie den betroffenen behinderten Menschen bringt. Eine Reform, ich sage es mal etwas krass, allein um Geld zu sparen, oder um Pflegesätze anders aufzuteilen, springt meiner Ansicht nach zu kurz. Daher gilt es die Chance, die jetzt besteht, auch zu nutzen, Inhalte der Hilfe zu verändern, und zwar in folgende Richtungen:

- Wer seine Maßnahme in Zukunft pauschal in die Einrichtung mitbringt, soll selbst über Art und Umfang der Hilfe bestimmen - Stichwort: *Selbstbestimmung* der Bewohner.
- Mit der Maßnahmepauschale wird es hoffentlich möglich sein, eine bestimmte *Qualität der Arbeit* einzufordern.
- Die Maßnahmepauschale bringt es mit sich, daß der Betroffene ein Anrecht hat, was mit ihm geschieht, in Form einer *Hilfeplanung* zu erfahren und auch mitzutragen.

Heute bei unserer Tagung ist es sicherlich so, daß es zuerst einmal um die Maßnahmepauschale an sich geht. Sie steht heute im Vordergrund. Wenn es gelingt, für die Maßnahmepauschale ein vernünftiges Verfahren zu finden, bin ich sicher, daß es auch gelingt, neue Inhalte zu verankern und dementsprechend zu transportieren.

Also wünsche ich Ihnen heute erst einmal einen spannenden Tag, trotz der etwas trockenen Materie; und ich hoffe, daß Sie viele neue Erkenntnisse mitnehmen.

Gerold Moser
Westfäl. Klinik für Psychiatrie,
Friedrich-Wilhelm-Weber-Str. 30, 48147 Münster

Edgar Paul
Die gesetzlichen Vorgaben nach § 93 BSHG
und die bisherigen Umsetzungsschritte
auf Bundes- und Länderebene am Beispiel Hessen

Ich werde versuchen, Sie durch den § 93 BSHG und die wichtigsten Änderungen zu geleiten, um dann am Beispiel Hessens zu sagen, wo Hessen bzw. das eine oder andere Bundesland derzeit stehen.

Die gesetzlichen Vorgaben

Die BSHG-Novelle vom 23.07.1996 stellt ein Nachfolgeprodukt der Gesetzesänderung aus dem Jahre 1993 dar. Bereits im Jahr 1993 wurde das Selbstkostendeckungsprinzip umgestellt auf die Vereinbarung prospektiver Pflegesätze, um so Anreize zu wirtschaftlichem Handeln und mehr Wettbewerb zu bieten. Bei immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen wurde die BSHG-Novelle in 1996 gekoppelt an festgeschriebene Deckelungsphasen der Entgelte in Einrichtungen und bei Anbietern ambulanter Angebote. So durften die Erhöhungsbeträge in den Jahren 1996 bis 1998 auf das im Juli 1995 festgestellte Budget in den alten Bundesländern 1% und in den neuen Bundesländern 2% nicht überschreiten. Für Hessen ist an dieser Stelle zu bemerken, daß im Jahr 1998 sogar eine Nullrunde durchgeführt worden ist.

Die wichtigsten Veränderungen der neuen Rechtslage zum 01.01.1999 finden sich in der Auswechslung der Absätze 2 bis 5 des § 93 BSHG und der Einfügung der §§ 93 a bis d BSHG.

Der Absatz 2 schreibt fest, daß bei Erbringung einer Leistung durch die Einrichtung der Sozialhilfeträger nur noch dann verpflichtet ist, die Vergütung für die Leistung zu übernehmen, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine Vereinbarung besteht über

- Inhalt, Umfang und Qualität der Leistung (*Leistungsvereinbarung*),
- die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt (*Vergütungsvereinbarung*) und
- die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistung (*Prüfungsvereinbarung*).

Die Inhalte der vorgenannten drei Vereinbarungen regelt der § 93 a in den Absätzen 1 bis 3. So sind in der Leistungsvereinbarung die wesentlichen *Leistungsmerkmale* zu bestimmen; dies sind mindestens der Personenkreis, Art, Ziel, Qualität der Leistung, sachliche und personelle Ausstattung. In der Vereinbarung ist weiterhin aufzunehmen, daß die Einrichtung im Rahmen des vereinbarten Leistungsangebotes Hilfeempfänger aufnehmen und betreuen muß.

Um den Grundsatz der Nachrangigkeit des § 2 des BSHG zu verankern, wurde in diesen Absatz 1 explizit hineingeschrieben, daß die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Der Begriff „*Maß des Notwendigen*“ stellt immer wieder ein Hemmnis und Spannungsfeld zwischen den Verhandlungspartnern dar. Denn der Qualitätsanspruch der Behindertenhilfe geht immer wieder von einem höchstmöglichen Integrationsanspruch behinderter Menschen aus, während das Selbsthilfe- und Nachrangprinzip des BSHG von einer Gleichstellung von unteren und mittleren Lohngruppen ausgeht. Dies macht um so deutlicher, daß in zukünftigen Verhandlungen von Beginn an exakte Vorgaben für diesen unbestimmten Rechtsbegriff zu vereinbaren sind.

In Absatz 2 ist die Vergütungsvereinbarung geregelt, die zumindest aus *drei Bestandteilen* bestehen muß,

- Unterkunft und Verpflegung = **Grundpauschale**
- die Maßnahmen = **Maßnahmepauschale**
- einem Betrag für betriebsnotwendige Anlagen einschließlich ihrer Ausstattung = **Investitionsbetrag**

Der Absatz 3 verpflichtet den Sozialhilfeträger, mit dem Träger der Einrichtung Grundsätze und Maßnahmen für die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung zu vereinbaren sowie das Verfahren zur Durchführung von *Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen* zu regeln. Weiterhin hat der Gesetzgeber an dieser Stelle festgelegt, daß das Ergebnis der Prüfungen festzuhalten, transparent zu

machen und in geeigneter Form den Leistungsempfängern im Angebot nahezubringen bzw. zugänglich zu machen ist.

Der § 93 b regelt den Abschluß von Vereinbarungen bzw. das Verfahren bei Nichtzustandekommen und die Modalitäten der Anrufung der *Schiedsstelle*. In § 93 c hat der Gesetzgeber die einseitige Möglichkeit einer außerordentlichen Kündigung für den Sozialhilfeträger vorgesehen, soweit die Einrichtung ihre gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Leistungsempfängern derart gröblich verletzt, daß ein Aufrechterhalten der Vereinbarung nicht zumutbar ist.

Diskussion um Rechtsverordnung bzw. Bundesempfehlung

Wesentlich wichtiger als die beiden vorangegangenen Paragraphen erscheint mir die Neuregelung in § 93 d, denn sie gebärdet sich in den letzten 3 Jahren als wahrer Hemmschuh und bestimmt das eigentliche Geschäft seit 23.07.1996. Der Gesetzgeber hat sich nachweislich im Absatz 1 das Recht auf Erlaß einer *Rechtsverordnung* im Gesetz verankern lassen und hat bis zum September 1997 keinen Zweifel daran gelassen, vom Erlaß einer Rechtsverordnung Gebrauch zu machen.

Ich kann an dieser Stelle - insbesondere in Hessen - für alle Vertragspartner bestätigen, daß in den Jahren 1994 und 1995 bereits Verhandlungen zu einem differenzierten Leistungssystem prospektiver Pflegesätze stattgefunden haben. Einige Ergebnisse, wie die Bildung von 5 *Hilfeempfängergruppen* für den Bereich des Wohnen geistig behinderter Menschen, wurden bereits in eindeutigen Schriften der Freien Wohlfahrtspflege veröffentlicht. Diese Arbeiten wurden dann mit Einbringen der Gesetzesnovelle in 1996 eingestellt, um den Willen des Gesetzgebers zunächst deutlicher kennenzulernen, der seinerzeit zur Entwicklung eines differenzierten Leistungssystems den Landesarzt aus Baden-Württemberg mit der Erstellung eines entsprechenden Gutachtens beauftragt hatte. Das sogenannte *Haas-Gutachten* (benannt nach seinem Verfasser) war jedoch in den Anhörungen auf der Bundesebene nicht konsensfähig; und so wurde im September 1997 festgestellt, daß das Ziel einer Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit zu erlassen, zunächst aufgegeben wurde, um damit den Vertragspartnern auf der Bundesebene gemäß § 93 d Abs. 3 BSHG die Gelegenheit zu geben, einvernehmlich Empfehlungen zur Gestaltung der Verträge auf Landesebene zu erarbeiten.

Die in Absatz 1 vorgesehene Rechtsverordnung sollte insbesondere die nähere Abgrenzung der den Vergütungspauschalen und Beträgen zugrunde liegenden Kostenarten und Bestandteile sowie die Zusammensetzung der Investitionsbeträge und den Inhalt und die Kriterien für die Ermittlung und Zusammensetzung der Maßnahmepauschalen, die Merkmale für die Bildung von Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf sowie die Zahl dieser zu bildenden Gruppen festlegen.

Mit 17-monatiger Verspätung haben im November 1997 die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger und der Bundesverband der Wohlfahrtspflege mit einer Klausur im kleinen Kreis versucht, einen Ausweg zu finden und Punkte der Übereinstimmung oder des Dissenses festzustellen. Wie Sie bemerkt haben werden habe ich zunächst den Absatz 2 des § 93 d übersprungen, um in der Chronologie zunächst den derzeitigen Verhandlungsstand auf der Bundesebene festzustellen.

Die vorgenannte Klausur hat gute Ansätze gebracht, so daß Entwürfe für eine *gemeinsame Bundesempfehlung* ausgetauscht wurden und in weiteren Sitzungen im Dezember 1997 und am 27.01.1998 waren wir der Auffassung, daß der Durchbruch geschafft sei, in dem ein einvernehmlich abgestimmter Entwurf zwischen der BAG der üöSHTTr und dem Bundesverband der Wohlfahrtspflege vorlag. Der Gesetzgeber hat jedoch die Partner einer solchen Bundesempfehlung im Gesetz benannt, dies sind neben den vorbezeichneten Institutionen auch die kommunalen Spitzenverbände und die privat-gewerblichen Anbieter auf der Bundesebene. Ich verrate an dieser Stelle kein Geheimnis, wenn ich Ihnen mitteile, daß insbesondere durch die sehr breit gefächerten vielschichtigen ambulanten Angebote die kommunalen Spitzenverbände einen Eingriff in die kommunale Selbstverwaltung und erhebliche finanzielle Verpflichtungen im freiwilligen Rahmen vermuteten und somit den Vereinbarungsentwurf ablehnten.

In weiteren Verhandlungen zwischen der BAG der üöSHTTr und den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene kam es zum Entwurf einer Bundesempfehlung mit Datum 26.03.1998, der ein Kompromiß auf der Kostenträgerseite bedeutete, zu diesem Zeitpunkt aber durch die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege abgelehnt wurde.

Ich dachte nun, um das Thema abschließen zu können, ich könnte Ihnen heute berichten, daß die Bundesempfehlung unter Dach und Fach sei, denn die Vertragspartner haben sich im Sommer zusammengerauft und unter dem Datum 30.10.1998 einen Stand erreicht, wo wir bis vor wenigen

Tagen der Meinung waren, daß alle dieser Bundesempfehlung zustimmen würden. In der Zwischenzeit haben wir aber erfahren, daß bisher lediglich die BAG der üöSHTr und der Städte- und Gemeindebund unterschrieben haben. Die Bundesverbände der Freien Wohlfahrtspflege haben Nachbesserungsbedarf signalisiert. Festzuhalten bleibt für den heutigen Tag, daß die BAG der üöSHTr einen neuen Vermittlungsvorschlag vorgelegt hat. Die Hoffnung, daß eine Bundesempfehlung noch rechtzeitig vor Inkrafttreten der neuen Rechtslage zum 01.01.1999 verabschiedet wird, besteht derzeit nicht mehr.

Das gesamte Verfahren ist mehr als betrüblich, da die abzuschließende Bundesempfehlung im wesentlichen die Inhalte der Verträge auf Landesebene, die hier in § 93 d Abs. 2 zu verhandeln und abzuschließen sind, regeln sollte.

Zur Entwicklung in Hessen

Der bisherige Stand der Entwicklung einer Bundesempfehlung setzt nach meinem subjektiven Empfinden die Gesetzeslage des § 93 d Abs. 1 Nr. 2 nur sehr halbherzig um. Denn mit der Einführung des Hilfsbegriffes „*Leistungstyp*“ wird der Gesetzeswille umgangen, das bisherige angebotsorientierte in ein personenbezogenes, hilfebedarfsorientiertes Betreuungssystem umzuwandeln.

Der nunmehr gefundene Hilfsbegriff des Leistungstyps soll zunächst eine differenzierte Angebotsbeschreibung mit der Möglichkeit einer weiteren Unterteilung in Hilfebedarfsgruppen ermöglichen und kann nach meiner subjektiven Meinung lediglich ein Übergangsszenario darstellen.

Wir wollen in Hessen direkt auf ein personenbezogenes Hilfesystem umstellen, das zunächst den Hilfebedarf eines Klienten feststellt und über die Entwicklung eines *Gesamtplanes* in einem weiteren Schritt das notwendige Angebot ermitteln und auswählt.

Die in Absatz 2 des § 93 d auf der Landesebene festgestellten Vertragspartner sitzen in Hessen seit April 1998 zusammen und haben in ihrer Verpflichtung, gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge zu den Leistungen zu entwickeln, einen Tendenzbeschluß erwirkt, der die Umsetzung des personenbezogenen Hilfesystems in Hessen ermöglichen wird. Eine erhebliche Schwierigkeit besteht in Hessen - wie in allen anderen Bundesländern - darin, daß die kommunalen Spitzenverbände zumindest in einem ersten Zug nicht bereit sind, *ambulante Leistungen* in die Verhandlungen miteinzubeziehen, und darüber hinaus in Hessen ebenso die sog. Stufe 0 plus des SGB XI in Alten- und Pflegeheimen. Dies ist insbesondere für die Anbieter sehr unbefriedigend, da hier unnötig Fronten verhärtet werden. Mangels Erfahrungswerten über das in der Entwicklung befindliche Hilfesystem sind massive Ängste auf beiden Seiten feststellbar, indem die Vertragspartner bei der Verhandlung wegen jeder zweiten Wortpassage vermuten, daß die Gegenseite sie entweder über den Tisch ziehen will, oder aber mit einer Bauchlandung entweder der öffentliche Haushalte oder aber der Einrichtungen der Liga der Freien Wohlfahrtspflege gerechnet wird.

In der Zwischenzeit konnte in Hessen verankert werden, daß durch diese unterschiedlichen Verhältnisse, insbesondere zwischen Flächenkreisen und Kernstädten, zunächst der Bereich der *voll- und teilstationären Hilfen in der Behindertenhilfe* verhandelt wird, um dort entsprechende Erfahrungen zu sammeln und dann in einem weiteren Schritt den ambulanten Sektor miteinzubeziehen.

In Hessen gibt es eine klare Zuständigkeit, die beim Pflegesatzausschuß liegt. Dieser fungiert als Lenkungsausschuß und hat seinerzeit eine Arbeitsgruppe mit der Erarbeitung des Landesrahmenvertrages nach § 93 d Abs. 2 BSHG beauftragt. Die im Mai 1998 konstituierte Arbeitsgruppe auf Landesebene hat zur fachlichen Unterstützung und Erarbeitung der Leistungsbeschreibungen nach Personenkreisen 5 Unterarbeitsgruppen (UAG) gebildet, während in der eigentlichen Arbeitsgruppe die konzentrierte Arbeit am Landesrahmenvertrag mit allen Anlagen vorangetrieben wird.

Die fachlichen Kriterien der *Unterarbeitsgruppen* sind nach Zielgruppen unterteilt. So befaßt sich die UAG 1 mit der Zielgruppe der Hilfe für geistig behinderte Menschen und gleichzeitig mit den Hilfen für körperlich behinderte Menschen. In der UAG 2 werden die Hilfen für seelisch behinderte Menschen und in der UAG 3 die Hilfen für Abhängigkeitserkrankte entwickelt. Die UAG 4 erarbeitet die Fachkriterien für den Personenkreis der Hilfen nach § 72 BSHG und in der UAG 5 werden die vollstationären Angebote für Kinder und Jugendliche zusammengefaßt und hier entsprechend den hessischen Angeboten entwickelt.

Nach der Konstituierung der Arbeitsgruppen am 19.06.1998 wurde das ehrgeizige Ziel verfolgt, noch vor dem 01.01.1999 einen *Landesrahmenvertrag* zu entwickeln. Grundlage für den Landesrahmenvertrag in Hessen bildete der jeweils aktuelle Entwurf der Bundesempfehlung und nach dem wesentliche Mißtrauenspunkte überwunden werden konnte, haben wir im Oktober ein Break

gemacht um realistisch zu prüfen, inwieweit die Entwicklung eines Landesrahmenvertrages vor dem 01.01.1999 abgeschlossen und im Pflegesatzausschuß beraten werden kann. Nach gemeinsamer Einschätzung wurde sodann als Zwischenschritt eine Übergangsregelung für den 01.01.1999 für Hessen gestrickt, die für Hessen sicherstellt, daß ab 01.01.1999 im Gesetzesvollzug Vergütungsvereinbarungen mit der sog. Dreiteilung (Grundpauschale, Maßnahmepauschale, Investitionsbetrag) abgeschlossen werden können. In dieser Übergangsregelung wurde zugleich eine tarifliche Anhebung von 1% vereinbart.

Dieses Verfahren wurde gewählt, nachdem in internen Gesprächen auf Landes- und Bundesebene deutlich wurde, daß die in 1996 erklärten Ziele mit dem 01.01.1999 inhaltlich gleich Angebote mit einer gleichen Maßnahmepauschale auf Bundes- oder Landesebene in der Zeitperspektive noch mindestens 5 Jahre der Entwicklung bis zu einer Zielerreichung dauern werden - soweit dieses Ziel überhaupt erreichbar ist.

Auf dem Weg zu einem personenbezogenen Hilfesystem

Vor diesem Hintergrund geht jedes Bundesland einen anderen Weg und ich kann an dieser Stelle vorausschicken, daß wir durch eine direkte Kooperation mit Baden-Württemberg - dort geht man mutig den direkten Weg in ein neues System (*Metzler-Verfahren*) - als zweites Bundesland den direkten Weg in ein personenbezogenes Hilfesystem zur Feststellung des Hilfebedarfes.

Das absolute Gegenteil bildet derzeit *Bayern* mit der Entwicklung von über 70 Leistungstypen. Dies bedeutet, daß die bisherige Angebotspalette in unterschiedlichen Leistungstypen abgebildet und festgeschrieben wurde. Es gibt auch einzelne Bundesländer die noch gar nicht umgestiegen sind und zunächst die Regelung auf der Bundesebene abwarten.

Wie bereits zuvor erwähnt sind wir in Hessen auf dem Weg, den gesetzgeberischen Willen des § 93 d BSHG in vollem Umfang umzusetzen und dies vor dem Hintergrund, daß uns die vorgestellten Ergebnisse durch *Frau Dr. Metzler* von der Uni Tübingen auf der Grundlage des entsprechenden Gutachtens der vier Fachverbände in ihrem Pilotprojekt in Baden-Württemberg überzeugt haben und wir nach entsprechender Zusammenarbeit und Kommunikation sowohl mit Baden-Württemberg und Frau Dr. Metzler zur Erkenntnis gelangten, daß das gewählte Verfahren eine mögliche Grundlage für die Umsetzung des gesetzgeberischen Willens sein kann.

Abweichend von der Bundesempfehlung werden wir in Hessen den direkten Strukturwandel aufbauend auf den individuellen Hilfebedarf vollziehen. Durch die Ergebnisse in Baden-Württemberg wird für den Personenkreis der Menschen mit einer geistigen Behinderung das System von Frau Dr. Metzler zugrunde gelegt und ggf. weiterentwickelt. Für den Personenkreis der Menschen mit einer seelischen Behinderung sowie Abhängigkeitserkrankungen ist die Eignung des vorliegenden Systems noch zu erproben. Hiermit wollen wir in Hessen auf die Verwerfung der Probephase in Baden-Württemberg zu diesem Personenkreis reagieren und ggf. mit veränderten Fragebogen den speziellen Bedürfnissen der vorgenannten Personenkreise Rechnung tragen. In Rheinland-Pfalz wird z.Zt. eine ähnliche Erprobung vorgenommen. Parallel dazu werden Betreuungszeiten erfaßt, um auch hier Erkenntnisse zu gewinnen.

Bis zum heutigen Tage gibt es nur Erfahrungswerte im Bereich eines Hilfebedarfsgruppensystemes für die *Maßnahme Wohnen*. Deshalb werden wir in Hessen als erstes Bundesland den Weg gehen, mit Frau Dr. Metzler analog zur *Maßnahme Wohnen* eine *Maßnahme Tagesstruktur* zu entwickeln. Einen entsprechenden Gutachtervertrag werden wir in Kürze abschließen, der zum Inhalt hat „vergleichbare Systeme für die Bildung von Gruppen mit Hilfeempfängern mit gleichem Hilfebedarf sowohl für den Bereich Wohnen als auch für den Bereich der Tagesangebote“ zu entwickeln.

Mit diesem Vorhaben streben wir an, die Hilfeangebote flexibler zu machen, um auf entsprechenden Hilfebedarf reagieren zu können. Zur notwendigen Transparenz, aber auch gleichzeitig mit schwierigen Verhandlungen und Erfahrungswerten verbunden, wird eine *Abgrenzungsdiskussion* „welche Inhalte gehören zur *Maßnahme Wohnen*“ und „wann beginnt mit welchen Inhalten eine *Maßnahme Tagesstruktur*“ stattfinden müssen. Nur wenn eine eindeutige Abgrenzung dieser beiden Bereiche klar vereinbart wird, ist eine flexible Nutzung und konkrete getrennte Vergütungsvereinbarung möglich. Dies bedeutet in der Auswirkung, daß auch bei traditionell vollstationären Angeboten in der Zukunft eine Vergütungsvereinbarung für den Bereich Wohnen und eine zweite für den Bereich von Tagesstrukturplätzen abgeschlossen werden muß.

Grundannahmen in Hessen

Um mit dem Modell zur Bildung mit Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf von Frau Dr. Metzler zu arbeiten, gehen wir in Hessen¹ von Grundannahmen aus.

Wir unterscheiden zunächst drei Bereiche, nämlich *das Wohnen, das Arbeiten und die Freizeit*. Fachlich sind diese Begriffe unbestritten. In der Betreuung von Menschen mit Behinderungen gibt es aber bisher nur die klassische Zweiteilung, die nach Kostengesichtspunkten teil- und vollstationäre Angebote unterscheidet, wobei der Begriff teilstationäres Angebot im klassischen Sinne ein externes Tagesangebot für Klienten darstellt, die entweder zu Hause wohnen oder aus dem Betreuten Wohnen kommen. Diese Hilfeform muß sich über einen wesentlichen Teil des Tages, mindestens 4 Stunden, als notwendige Betreuung erstrecken. Die Abgrenzung zum klassisch vollstationären Angebot besteht in der rund um die Uhr Betreuung (24 Stunden).

Das Wort *Freizeit* birgt Chancen und Gefahren in sich, so bestehen für eine kritische Betrachtung erhebliche Förderpotentiale für behinderte Menschen. Eine Gefahr besteht darin, daß bei separater inhaltlicher Aufarbeitung in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen sehr leicht die Existenzberechtigung solcher Angebote entzogen werden kann. Unter diesem Gesichtspunkt unterscheiden wir in Hessen die beiden Bereiche Wohnen und Arbeiten und für uns gehört die Freizeit zum Bereich Wohnen.

Wie Sie bemerkt haben werden, sprechen wir in Hessen nur noch über *Leistungen im Bereich des § 39/40 BSHG*. Dies resultiert aus der aktuellen Rechtslage und den damit verbundenen Zuständigkeiten zwischen dem örtlichen und dem überörtlichen Sozialhilfeträger in Hessen.

Nach Übereinstimmung zwischen den Fachministerien und dem LWV Hessen werden in unserem Bundesland Pflegeeinrichtungen für *jüngere Behinderte* nicht für sinnvoll angesehen und es erfolgt eine klare Zuordnung, die im Jahre 1999 umgesetzt werden soll. Danach wird in Hessen die Hilfeart nach dem BSHG der jeweiligen Konzeption der Einrichtung folgen. Dies bedeutet, Hilfe zur Pflege im Sinne des § 68 BSHG wird bei der Betreuung in *Alten- und Altenpflegeheimen* beschieden. Dem gegenüber wird der Begriff aus dem § 43 a Pflegeversicherungsgesetz (*Behinderteneinrichtung*) übernommen und in Hessen mit der Hilfeart der Eingliederungshilfe nach den §§ 39 und 40 BSHG auf Dauer verbunden. Als Faustregel gilt dabei, daß Alten- und Altenpflegeeinrichtungen den Zugang behinderter Menschen im Lebensalter „65 plus“ und Behinderteneinrichtungen den Zugang behinderter Menschen vor dem 65. Lebensjahr haben.

Mit diesen Maßnahmen soll zielgerichtet Fehlplatzierungen jüngerer Behinderter in Alten- und Pflegeheimen entgegengewirkt werden und Zielgruppen, genauer am Hilfebedarf des Einzelnen orientiert, betreut werden können.

Ich komme zurück zum System von Frau Dr. Metzler. Nach den Erfahrungswerten der Erprobung im Bereich des Landes Baden-Württemberg werden für die *Maßnahme Wohnen 5* Hilfebedarfsgruppen nach Punkten unterteilt. Vorgeschlagen aus der jeweiligen Hilfebedarfsgruppe und der damit notwendig werdenden Betreuung ergibt sich die Maßnahmepauschale, die zusammen mit der vereinbarten Grundpauschale und dem Investitionsbetrag die bewilligte und zu leistende Vergütung ergibt. Das Gleiche wird später für die *Gestaltung des Tages* - wie bereits angesprochen - gelten. Diese Maßnahme ist hinterlegt mit den Begriffen Arbeit, Beschäftigung, Bildung.

Für Hessen steht bereits fest, daß der weitere Umstieg zur Erfüllung des gesetzgeberischen Willens nur in einem prozeßhaften Handeln vollzogen werden kann, so daß das vorgegebene Verfahren nach der Erhebung des Hilfebedarfes über die Erstellung eines *Gesamtplanes nach § 46 BSHG* (vgl. Beitrag von Herrn Kronenberger) zur Auswahl des notwendigen sachgerechten Angebotes kommt, um dann mit dem Anbieter dieses Angebotes gemeinsam mit dem Betroffenen oder seinen Angehörigen eine Zielvereinbarung zu schließen, welche die Betreuung durch den Anbieter und die Vergütung der Leistung durch den Kostenträger an den Anbieter sicherstellt.

In diesem Zusammenhang kommt dem Thema des Gesamtplanes nach § 46 BSHG ein erhöhter Stellenwert zu und es stellt sich die Frage, welche Gremium bzw. welche Instanz die Ermittlung des Hilfebedarfes vornimmt. Der LWV Hessen geht den Weg, daß z.Zt. ein *sozial-medizinisch-pädagogischer Dienst* aufgebaut wird, zu dessen Aufgabe es gehört, nicht nur das neue System zu begleiten, sondern vielmehr zu prüfen, inwieweit die klassischen Gesundheitsämter im Wege der Amtshilfe die notwendigen Begutachtungen in einem System vornehmen können, in dem sowohl die Kostenverantwortung als auch die inhaltliche Bindung zu der Maßnahmenvielfalt fehlt. Eine Fragestellung dieses zu bildenden Dienstes wird neben der Entwicklung und probeweisen Gutachtertätigkeit die Beantwortung der Frage sein, ob der überörtliche Träger der Sozialhilfe in

¹ siehe Folien am Ende des Beitrags

Hessen in der Zukunft die Dienste des Gesundheitsamtes wahrnehmen will, die Dienste des MDK einkauft oder eine eigene Gutachterinstanz zur Erhebung des Hilfebedarfs aufbaut. Auf dem Wege dieser veränderten Struktur (vgl. Folien am Ende des Beitrags) wird deutlich, daß auf dem Weg zu *einrichtungsübergreifenden gleichen Maßnahmepauschalen* für gleichen Hilfebedarf weitere Übergangsschritte notwendig sind, die einen Haushaltskollaps des Kostenträgers verhindern und gleichzeitig dem Einrichtungsträger die Möglichkeit einer Systemanpassung (bestehende Arbeitsverträge) ermöglichen. Insoweit ist der schrittweise Umstieg über ein Einrichtungsbudget indiziert. Soweit sich die Vorstellungen des LWV Hessen umsetzen lassen, werden wir für den Bereich Wohnen zum 01.01.2000 in das neue Hilfebedarfsgruppensystem einsteigen und nach erfolgreichen Probeläufen dieses für den Ablauf „Gestaltung des Tages“ mit einem Jahr Verzögerung fortsetzen. Ich hoffe und wünsche Ihnen und uns, daß in Kürze eine akzeptierte Bundesempfehlung als Grundlage weiterer Handlungen in den Bundesländern ratifiziert wird.




Edgar Paul, Dipl.-Verwaltungswirt
 Projektgruppenleiter „Strukturreformen der Sozialhilfe“
 Landeswohlfahrtsverbandes Hessen
 Ständeplatz 6-10, 34117 Kassel

Folien zum Beitrag

Grundannahmen, um mit dem Modell von Fr. Dr. Metzler zu arbeiten

Edgar Seeger, Sozial- medizinischer Dienst des Landessozialamtes im LWV Hessen

Grundannahme

- **Wohnen** 
- **Arbeiten** 
- **Freizeit** 

Edgar Seeger, Sozial- medizinischer Dienst des Landessozialamtes im LWV Hessen

Leistungsbereiche der Eingliederungshilfe

- **Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung**
- **berufsfördernde Leistungen**
- **medizinische Leistungen**
- **ergänzende Leistungen**

Edgar Seeger, Sozial- medizinischer Dienst des Landessozialamtes im LWV Hessen

Hilfen im Bereich Wohnen

Grundpauschale Maßnahmepauschale **Individuelle Kosten**

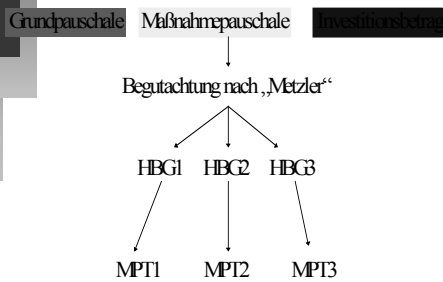
Begutachtung nach „Metzler“

```

    graph TD
      A[Begutachtung nach „Metzler“] --> B[HBG1]
      A --> C[HBG2]
      A --> D[HBG3]
      A --> E[HBG4]
      A --> F[HBG5]
      B --> G[MPW1]
      C --> H[MPW2]
      D --> I[MPW3]
      E --> J[MPW4]
      F --> K[MPW5]
    
```

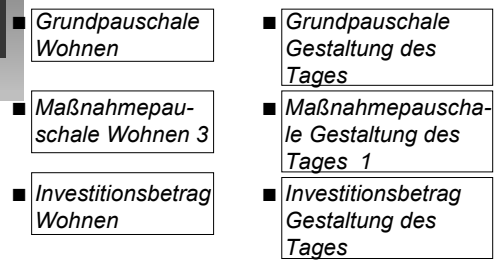
Edgar Seeger, Sozial- medizinischer Dienst des Landessozialamtes im LWV Hessen

Hilfen im Bereich Gestaltung des Tages



Edgar Seeger, Sozialer-medizinischer Dienst
des Landesozialamtes im LWV Hessen

Ermittlung der Gesamtleistung nach BSHG (Beispiel)



Edgar Seeger, Sozialer-medizinischer Dienst
des Landesozialamtes im LWV Hessen

Zielgruppen

- Menschen, die nicht nur vorübergehend **geistig** wesentlich behindert sind
- Menschen, die nicht nur vorübergehend **seelisch** wesentlich behindert sind
- Menschen mit einer **Suchterkrankung**

Edgar Seeger, Sozialer-medizinischer Dienst
des Landesozialamtes im LWV Hessen

Verfahrensablauf

1. Antragstellung auf Leistungen nach dem BSHG durch den Hilfeempfänger
2. Erhebung des Hilfebedarfs
3. Entwicklung eines Gesamtplanes nach § 46 BSHG
4. Auswahl des/der geeigneten Angebotes/en
5. Abschluß einer Zielvereinbarung
6. Erstellung des Hilfeplanes durch die Leistungserbringer

Edgar Seeger, Sozialer-medizinischer Dienst
des Landesozialamtes im LWV Hessen

Zielgruppen

- Menschen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind
- Kinder und Jugendliche
- Menschen, die nicht nur vorübergehend **körperlich** wesentlich behindert sind

Edgar Seeger, Sozialer-medizinischer Dienst
des Landesozialamtes im LWV Hessen

Maßnahmepauschalen aus Nutzer/innensicht

Einleitung

Da ich nicht als selbst Betroffener aus Nutzer/innensicht eine Stellungnahme zu der geplanten Einführung von Maßnahmepauschalen abgeben kann, möchte ich kurz den Hintergrund meiner Ausführungen darlegen. Das Zentrum für Planung und Evaluation der Universität-Gesamthochschule Siegen ist mit der Begleitforschung eines Förderprogrammes des Landes Nordrhein-Westfalen zur Weiterentwicklung des Angebotes ‚Familienunterstützender Dienste‘ beauftragt. Für ambulante Dienste stellt sich die Frage, wie es gelingen kann, Angebote des professionellen Hilfesystems mit eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen sowie den Unterstützungsmöglichkeiten eines individuell-persönlichen Unterstützungsnetzwerkes zu verbinden. Daraus soll für die Nutzer/innen ein individuell hilfreiches Arrangement (vgl. Evers/Olk 1996) zur Ermöglichung einer selbstbestimmten Lebensführung entstehen. Es handelt sich nicht um ein substituierendes Hilfsangebot nach dem Prinzip ‚Alles oder Nichts‘, sondern um ein subsidiäres Hilfeangebot, das sich am konkreten Bedarf der Nutzer/innen und ihres persönlichen Umfeldes, in der Regel der Familie, orientiert.

Der Bereich dieser Hilfen soll nach dem Willen der Kommunalen Spitzenverbände nicht zum Gegenstand von Leistungsvereinbarungen werden. Damit, so meine erste These, würde aus Nutzer/innensicht eine zentrale Reformchance verspielt. Im Sinne eines bedarfsgerechten und effizienten Hilfesystems macht es keinen Sinn, Leistungsvereinbarungen nur für einen willkürlich eingegrenzten Bereich von Angeboten abzuschließen. Es empfiehlt sich im Gegenteil, vom Typus der ambulanten oder offenen Hilfen einen Zugang zu der Diskussion um Leistungsvereinbarungen und Maßnahmepauschalen zu suchen. Dieser Zugang gilt auch für Angebote, die sich an den Personenkreis mit einem hohen personellen Hilfebedarf richten, dessen Unterstützung und Förderung sich die Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft zum Ziel gesetzt hat. Die Abkehr vom Anstaltsmodell der Hilfe darf nicht auf halbem Wege stecken bleiben, sondern muss sich von einer einrichtungszentrierten Sichtweise lösen. Die Orientierung am individuellen Hilfebedarf und die Ermöglichung von individuell hilfreichen Arrangements durch ein flexibles Hilfeangebot müssen aus der Nutzer/innenperspektive die Zielvorgaben für die Diskussion um die Einführung von Leistungsvereinbarungen und Maßnahmepauschalen sein. Die Finanzierung und Organisation von Hilfen bestimmt sich vom Ziel der Erbringung einer personenbezogenen Dienstleistung her und nicht von dem Wunsch nach dem Erhalt von Bestandsgarantien für die unterstützenden Institutionen.

Mein Ausgangspunkt ist also nicht unmittelbar die Nutzer/innenperspektive, sondern eine konsequente Nutzer/innenorientierung des Hilfeangebotes.

Dieser Zugang ist unter den gegebenen Ausgangsbedingungen keineswegs selbstverständlich. Nach meiner Wahrnehmung entspricht sie nicht dem bisherigen Herangehen bei der Ausgestaltung und Umsetzung des § 93 BSHG. Es handelt sich um eine gesetzliche Regelung, die das Verhältnis zwischen Kostenträgern und Einrichtungsträgern neu regeln soll. Die Nutzer/innenperspektive, die Auseinandersetzung mit dem Hilfebedarf der Nutzer/innen, wird schon im Gesetzestext nur in einem Halbsatz angesprochen, wenn es um die Bildung von Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf geht. In der Bundesempfehlung für die Landesrahmenverträge wird diese Vorgabe durch Verordnung der ‚Bildung von Leistungstypen‘ nochmals abgeschwächt. Der mit dem Reformvorhaben intendierte Übergang vom Selbstkostendeckungsprinzip hin zu Leistungsvereinbarungen wird als rein ‚bilaterale‘ Angelegenheit zwischen Kosten- und Einrichtungsträgern betrachtet.

Es entspricht der Tradition des Fürsorgedenkens, dass bei der Installierung von neuen Ausnahmungsverfahren der Abstimmungsbedarf zwischen Kostenträgern und Einrichtungsträgern im Vordergrund steht, die jeweils für sich beanspruchen, die Interessen der Nutzer/innen advokatorisch zu vertreten. Das Reformvorhaben bewirkt jedoch eine grundlegende Veränderung im Verhältnis zwischen Kostenträgern und Nutzer/innen sowie zwischen Nutzer/innen und Einrichtungsträgern der Behindertenhilfe. Wenn diese Auswirkungen unreflektiert bleiben, droht das Reformvorhaben die Tradition eines paternalistischen Fürsorgedenkens fortzusetzen, in der Nutzer/innen von Hilfsangeboten nicht als kritische Konsumenten sozialer Dienstleistungen, sondern primär als Objekte der Versorgung wahrgenommen werden. Das aufwendige Verfahren zum Abschluss von Leistungsvereinbarungen und der Kalkulation von Maßnahmepauschalen macht nur dann Sinn, wenn damit das Ziel verfolgt

wird, ein traditionelles Versorgungsdenken zu überwinden, um die Hilfen als effiziente, nutzer/innenorientierte Dienstleistungen zu gestalten. Dazu müssen die Chancen der Nutzer/innen gestärkt werden, auf die Ausgestaltung der Hilfen maßgeblichen Einfluss zu nehmen. Die Verständigung über die Feststellung und Realisierung des konkreten Hilfebedarfes wird - so meine zweite These - zu einem zentralen Regelungsbereich in der Beziehung zwischen Kostenträgern und Nutzer/innen sozialer Dienstleistungen.

Zur Begründung meiner beiden Thesen möchte ich in einem ersten Schritt aufzeigen, welche *Chancen* das Reformvorhaben des § 93 für eine tatsächliche Nutzer/innenorientierung bietet. Vor diesem Hintergrund möchte ich dann in einem zweiten Schritt den gegenwärtigen Diskussionsstand kurz bewerten, um in einem dritten Schritt Kriterien für die Kalkulation von Maßnahmepauschalen zur Diskussion zu stellen.

Die Chancen des Reformvorhabens aus der Perspektive einer konsequenten Nutzer/innenorientierung

Das bisherige Verhältnis zwischen Sozialhilfeträger und Anbietern konkreter Hilfen für Behinderte ist von der Anwendung des Subsidiaritätsprinzipes gekennzeichnet. Dieses Prinzip lässt den Anbietern von Hilfen ein hohes Maß an Autonomie in Bezug auf die Ausgestaltung der konkreten Hilfen. Die Kosten für die von ihnen ausgestalteten und verantworteten Hilfen stellen sie dem Sozialhilfeträger nach dem Selbstkostendeckungsprinzip in Rechnung. Aus Nutzer/innensicht steht dieses Prinzip in einem Spannungsverhältnis zu ihrem Rechtsanspruch auf Hilfe. Als Bürger/in mit einem Rechtsanspruch darf der/die Hilfeempfänger/in erwarten, dass die Hilfe nach festen, verlässlichen Regeln und Standards erbracht wird und nicht von dem Engagement eines Trägers oder der Hilfsbereitschaft einzelner Mitarbeiter/innen oder Mitglieder abhängt. Der Rechtsanspruch besteht aber nicht gegenüber einem Leistungsanbieter, sondern gegenüber dem örtlichen- oder überörtlichen Sozialhilfeträger. Für die Entwicklung eines dienstleistungsorientierten Hilfesystems wirft dies strukturelle Probleme auf. Der Sozialhilfeträger soll die Erfüllung individueller Rechtsansprüche auf Leistungen nach Möglichkeit an freie Träger delegieren, gleichzeitig aber ein ausreichendes Angebot an Hilfen garantieren und dessen Finanzierung sicherstellen.

Für Nutzer/innen hat diese Struktur problematische Folgen. Sie müssen ihren Rechtsanspruch in Form eines Antrages gegenüber dem Sozialhilfeträger artikulieren, werden von diesem aber auf Angebote freier Träger verwiesen, auf deren Ausgestaltung weder Kostenträger noch Nutzer/innen wesentlichen Einfluss haben. Es fehlen transparente Verfahren zur Überprüfung der Angemessenheit konkreter Hilfeformen und zur Feststellung des tatsächlichen Hilfebedarfes. Die Kritik an solchen Hilfearrangements, in der Nutzer/innen lediglich in die passive Rolle von Hilfeempfänger/innen gedrängt werden, wird unter Bezugnahme auf das Konzept ‚*Selbstbestimmt Leben*‘ insbesondere von Betroffenen deutlich artikuliert. „Pauschalierte Pflegesätze, vereinbart zwischen überörtlichen Kostenträgern und Leistungserbringern, führen regelmäßig zu pauschalierter Entmündigung, da die Betroffenen institutionalisiert werden und keine Verfügungsgewalt über die ihnen eigentlich zustehenden Mittel haben. Sie werden pauschal nach dem fachlichen Selbstverständnis der Institutionen versorgt“ (Österwitz 1996:204).

Modelle der Aushandlung von Leistungen und ihre vertragliche Vereinbarung bieten daher für Nutzer/innen die Chance von mehr Transparenz und Qualität der benötigten Hilfen. Die im §93 nun geforderte verbindliche Beschreibung von Leistungen der Behindertenhilfe, die Aushandlung von Standards für die Erbringung solcher Leistungen und die Sicherstellung, dass diese Leistungen für Menschen mit Behinderung unabhängig von ihrem zufälligen Aufenthaltsort verfügbar sind, eröffnen Nutzer/innen Chancen als selbstbewusste Konsument/inn/en sozialer Dienstleistungen aufzutreten. Willkürliche Plazierungen nach dem zufällig vorhandenen Angebot können vermieden werden. Es eröffnen sich Ansätze für ein Hilfemodell, in dem Personen mit einem bestimmten Hilfebedarf nach transparenten Kriterien aus dem vorhandenen Angebot das für sie individuell geeignetste Hilfearrangement zusammenstellen können.

Eine Reformperspektive ergibt sich aus dem Übergang vom Selbstkostendeckungsprinzip zu Leistungsvereinbarungen jedoch nur dann, wenn sie von der Zielperspektive eines verbesserten und effektiven Hilfesystems für die Leistungsberechtigten, bzw. Nutzer/innen von Angeboten her verstanden wird. Dazu muss die Veränderung ihrer Stellung systematisch in das Reformvorhaben einbezogen werden.

Bei der Erbringung sozialer Dienstleistungen, die hier zur Diskussion stehen, entsteht ein *Dreiecksverhältnis*. Hierin unterscheidet sich die Hilfe nach dem BSHG in keiner Weise von Leistungen ande-

rer Sozialversicherungen, beispielsweise der gesetzlichen Krankenversicherung. Kunden und Dienstleistungsanbieter stehen sich nicht unmittelbar gegenüber. Die Rolle des Kunden teilt sich auf in die Rolle des Kostenträgers und die Rolle des Nutzers/der Nutzerin. Der Kostenträger finanziert eine Leistung, dessen unmittelbarer Nutznießer er nicht ist und der/die Nutzer/in der Leistung tritt als zahlende/r Kund/in nur mittelbar, auf der Grundlage eines sozialrechtlichen Anspruchs, auf. Das Beispiel der Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialversicherung zeigt, dass eine Dienstleistungsorientierung durch das Dreiecksverhältnis nicht ausgeschlossen, allerdings auch nicht selbstverständlich ist. Die Hilfe kann als Fürsorgebeziehung oder als Dienstleistungsbeziehung gestaltet werden. Werden Einrichtungen als Leistungserbringer im Auftrag des Sozialhilfeträgers angesehen, so übernimmt der Kostenträger in viel höherem Maße eine Verantwortung für die Angemessenheit und die Qualität der Leistung. Er verantwortet diese Leistung gegenüber den Bürger/inne/n, die diese Leistungen finanzieren und im Bedarfsfall in Anspruch nehmen. Der Kostenträger kann nicht mehr auf die Trägerautonomie im Rahmen des Subsidiaritätsprinzips verweisen, sondern er steht unmittelbar selbst in der Verantwortung. Es wird zur Aufgabe des Kostenträgers, durch Sozialplanung die Angebotsentwicklung zu steuern und zu moderieren und die Erfüllung von Qualitätsstandards zu ermöglichen. Dies ist es, was der Gesetzgeber mit seinem Reformvorhaben - weg vom Selbstkostendeckungsprinzip, hin zu Leistungsvereinbarungen - intendierte.

Wichtig ist nun, dass auch das Verhältnis zwischen dem Kostenträger und den Nutzer/inne/n der Leistung eine Veränderung erfährt. Die Vereinbarung über den konkreten Inhalt der Hilfe ist nicht mehr in erster Linie eine Angelegenheit zwischen dem Hilfeanbieter und den Nutzer/innen. Mit einzelnen Nutzer/inne/n muss sich nun der Kostenträger darüber verständigen, welche Hilfen notwendig sind und im Rahmen sozialrechtlicher Ansprüche zu realisieren sind. Dafür bedarf es Verfahren der Feststellung des Hilfebedarfes, die sich nicht auf die Feststellung der Eignung für ein bereits feststehendes Angebot beschränken. Die Feststellung kann sich nur auf den sozialrechtlichen Anspruch des/der Hilfsbedürftigen gegenüber dem Kostenträger beziehen. Der Kostenträger übernimmt gegenüber dem/der Nutzer/in die Gewähr, dass er/sie die Hilfen auch tatsächlich realisieren kann.

Selbstverständlich ist es sinnvoll und zweckmäßig, wenn es zur Realisierung des Hilfebedarfes standardisierte Leistungen gibt, die durch Maßnahmepauschalen finanziert werden. Entscheidend ist jedoch, dass sie den/die Nutzer/in in die Lage versetzt, ihren/seinen konkreten Hilfebedarf abzudecken. Es ist unmittelbar einsichtig, dass in diesem *Aushandlungsverfahren* zwischen Kostenträgern und Nutzer/inne/n eine möglichst breite Palette an Hilfsangeboten zur Verfügung stehen muss, beziehungsweise flexibel angeboten werden kann.

Verspielte Chance ?

Die aktuelle Diskussion zur Umsetzung des § 93 BSHG

Eine Nutzer/innenorientierung im aufgezeigten Sinne ist in den bisherigen Diskussionen nicht zu erkennen. Nutzer/inneninteressen tauchen lediglich als Störfaktoren auf. Die Vorgabe des Gesetzgebers bestimmt, dass die Maßnahmepauschalen „nach Gruppen für Hilfeempfänger mit vergleichbarem Hilfebedarf kalkuliert werden“ (BSHG § 93a, Abs. 2 n. F.). Diese Formulierung in einem zunächst unscheinbaren Halbsatz trägt dem Umstand Rechnung, dass die Definition des Hilfebedarfes für den Abschluss von Leistungsvereinbarungen eine zentrale Voraussetzung darstellt. Anders als im Rahmen des Selbstkostendeckungsprinzips will und muss der Kostenträger im Vorhinein wissen, welche Leistung er bei einem Anbieter einkauft. Ich habe den Eindruck, dass diese unscheinbare Formulierung bei der Umsetzung des § 93 nun die größten Probleme aufwirft. Die Bundesregierung ist mit ihrem Versuch gescheitert, die Gruppenbildung durch eine Rechtsverordnung zu gestalten (vgl. BT-DS 13/11319; BV LH 1997a).

Nach dem Willen der nun wohl in einem konsensfähigen Entwurf vorliegenden Bundesempfehlung soll diese Vorgabe mehr oder weniger wieder zurückgenommen werden. Ausgangspunkt für die Kalkulation von Maßnahmepauschalen soll hier nicht der festgestellte Hilfebedarf, sondern die Zuordnung von Einrichtungen zu sogenannten *Leistungstypen* sein. Das Leistungsspektrum der Einrichtungen soll in Leistungstypen beschrieben werden und man geht davon aus, dass „je mehr Leistungstypen vereinbart werden, desto geringer die Notwendigkeit einer Ausdifferenzierung in unterschiedliche Gruppen von Hilfeempfängern mit vergleichbarem Hilfebedarf innerhalb eines Leistungstyps“ (Bundesempfehlung S.5) ist. Die konsequente Einführung dieses Prinzips hätte zur Folge, dass Nutzer/innen mit ihrem konkreten Hilfebedarf auf standardisierte Leistungstypen festgelegt werden. Eine differenzierte Anpassung des Hilfeangebotes ist hier überhaupt nicht mehr vorgesehen. Es handelt sich um einen rein *institutionellen Zugang*, der auf eine Feststellung des Hilfebedarfes vollständig verzichtet. Die

Maßnahmen werden von den bestehenden Angeboten her beschrieben. Wenn dieser Weg tatsächlich beschritten wird, dann muss die Frage erlaubt sein, wozu der ganze Aufwand zur Umsetzung des § 93 betrieben wird. Es handelt sich nicht um mehr als ein aufwendiges Verfahren, um dem bisherigen Vorgehen zur Festlegung von Pflegesätzen einen neuen Anstrich zu geben.

Einen anderen Weg schlägt das von den vier Fachverbänden in Auftrag gegebene *Gutachten von Frau Dr. Metzler* (Metzler 1998a; vgl. auch BV LH 1997b) ein. Hier wird ein Verfahren vorgeschlagen, wie Nutzer/innen Gruppen mit einem vergleichbaren Hilfebedarf zugeordnet werden können. Dieses Instrumentarium wird zurzeit erprobt (vgl. Metzler 1998b) und soll in einigen Bundesländern Grundlage für die Verhandlung von Rahmenempfehlungen werden. Für den Bereich Wohnen werden fünf Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfes vorgeschlagen. Wenngleich mit diesem Verfahren in sehr viel differenzierterer Weise der Hilfebedarf erfasst werden kann, möchte ich am Beispiel des von Metzler vorgeschlagenen Verfahrens, kurz die Problematik solcher Zuordnungen aus der Nutzer/innenperspektive verdeutlichen.

Den sieben Bedarfsbereichen im Zusammenhang des ‚Wohnen‘ werden in dem Instrumentarium des Gutachtens insgesamt 24 Aktivitäten zugeordnet. Die Ausprägung des Hilfebedarfes wird bei jeder Aktivität in vier Stufen unterteilt. Den Stufen werden sodann Punktwerte zugeordnet. Einigen Aktivitäten wird eine doppelte Punktzahl zugeordnet, so dass ein Hilfeempfänger nach entsprechender Begutachtung zwischen 0 und 132 Punkten erreichen kann.

Zunächst kann man davon ausgehen, dass durch die Vergabe von bis zu 132 Punkten ebenso viele Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfes entstehen. Die Punkteskala wird jedoch im vorliegenden Vorschlag ab der Mindestpunktzahl 6 in 5 gleichmäßige Intervalle unterteilt. Erst diese werden zu Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfes zusammengefasst. Die Skala reicht nun von Gruppe 1 ‚sehr geringer Hilfebedarf‘ bis Gruppe 5 ‚sehr hoher Hilfebedarf‘. So hat beispielsweise der Personenkreis, der zwischen 56 und 80 Punkte erzielt, einen ‚mittleren Hilfebedarf‘. Setzt man dies in Beziehung zu den 24 Aktivitäten, durch die die Punktzahl ermittelt wurde, so kann eine Person, die bei 6 Aktivitäten überhaupt keine Unterstützung benötigt - beispielsweise im gesamten Bereich der Haushaltsführung und zusätzlich beim Auskleiden und Ausziehen - in der gleichen Gruppe des Hilfebedarfes sein wie eine Person, die diese Dinge nur mit einer umfassenden, kompensierenden Hilfestellung tun kann.

Eine solche Betrachtungsweise macht aus der Perspektive einer stationären Einrichtung durchaus Sinn. Hier erlaubt eine Pauschalregelung den internen Ausgleich zwischen weniger und mehr Unterstützungsbedarf. Aus der Perspektive des einzelnen Betroffenen, der seinen Hilfebedarf beispielsweise in einem individuellen Arrangement ambulanter Hilfen zusammenstellen möchte, ist die Auswirkung verheerend. Ähnlich wie bei den pauschalierten Sachleistungen der Pflegeversicherung hat eine Person am oberen Level der Hilfebedarfsgruppe viel weniger Chancen, ihren tatsächlichen Hilfebedarf durch fremde Hilfe zu realisieren als eine Person im unteren Level der gleichen Hilfestellung. Trotz eines möglicherweise großen Unterschiedes im Hilfebedarf können beide Personen den gleichen Umfang an Hilfe in Anspruch nehmen.

Es ist deutlich erkennbar, dass die Erhebung des Hilfebedarfes im vorliegenden Modell immer schon zu der Realisierung des Hilfebedarfes in einer stationären Einrichtung in Beziehung gesetzt wird. Für die Art der Hilfeerbringung in einer Gruppe erscheint das Raster von fünf vergleichbaren Gruppen ausreichend. Für Betroffene, die ihren Hilfebedarf mit Unterstützung ihrer Familie, ihres Freundeskreises, eines ambulanten Dienstes, eines Pflegedienstes und vielleicht einmal im Jahr durch einen Kurzzeitwohnplatz individuell realisieren möchten, ist es ein viel zu grobes Raster.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es sich auch bei diesem Instrument *nicht um einen geeigneten Ansatz* zur Feststellung des konkreten Hilfebedarfes handelt. Das Instrument bietet lediglich ein Raster zur Zuordnung von Bewohnern stationärer Einrichtungen zu Gruppen mit ähnlich kalkulierbaren Betreuungskosten.

Die bisherige Diskussion leidet m.E. darunter, dass der Mut fehlt, sich tatsächlich von einem einrichtungsbezogenen Denken zu lösen und einen wirklichen Übergang zu nutzer/innenorientierten Leistungsvereinbarungen einzuleiten. Man hat sich darauf einigen können, den Merkposten, dass es um einen individuellen Hilfebedarf geht, in einer verklausulierten Fußnote aufzunehmen. Zu § 6 wird in den Bundesempfehlungen angemerkt: „In den Rahmenverträgen sollen“ oder „können“, - das ist wohl noch strittig - „auch Regelungen getroffen werden, wie unter Einbeziehung des Hilfeempfängers und seines gesetzlichen Vertreters sowie ggf. entsprechender Erfahrungen und Beurteilung der betreuenden Einrichtung der individuelle Hilfebedarf ermittelt wird und wie eine Zuordnung zu Leistungstypen sowie ggf. zu Gruppen mit qualitativ vergleichbarem Hilfebedarf erfolgt“ (Bundesempfehlungen S.6).

Ich möchte die Prognose wagen, dass auch in Zukunft die Bemühungen scheitern werden, den individuellen Hilfebedarf vorab definierten Leistungstypen oder vorab festgelegten Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfes zuzuordnen. Ein individueller Hilfebedarf lässt sich nicht in das Schema einrichtungsbe-

zogener Leistungstypen oder Hilfebedarfsgruppen pressen. Es handelt sich um zwei gegensätzliche Ausgangspunkte zur Gestaltung von Leistungsvereinbarungen und Maßnahmepauschalen. Entweder diese werden, der Logik des institutionenbezogenen Denkens folgend, auf Arbeitsabläufe und Leistungspakete in bestehenden Institutionen bezogen oder sie werden nutzer/innenbezogen, von dem konkreten Hilfebedarf her entwickelt. Noch deutlicher als bei der Bildung von Gruppen mit einem vergleichbaren Hilfebedarf zeigt sich die Unentschlossenheit des Reformvorhabens bei der Ausklammerung des ambulanten Bereiches in den Bundesempfehlungen und vielen Landesempfehlungen. Wird nicht das gesamte Spektrum der möglichen Leistungen in die Neustrukturierung der Beziehungen zwischen Kostenträgern, Leistungsanbietern und Nutzer/innen einbezogen, so sind zumindest aus der Nutzer/innenperspektive keinerlei Verbesserungen im Hinblick auf die Entwicklung eines flexiblen und bedarfsgerechten Hilfesystems zu erwarten. Die Ausklammerung des ambulanten Bereichs ist um so verwunderlicher, als durch die Novelle des BSHG eindeutig geklärt ist, dass ambulante Dienste Einrichtungen im Sinne des § 93 sind.

Kriterien zur Gestaltung von Maßnahmepauschalen aus der Nutzer/innenperspektive

Ich möchte abschließend zwei zentrale Kriterien dafür nennen, wie aus Nutzer/innenperspektive Maßnahmepauschalen gestaltet sein müssen, um eine *selbstbestimmte und flexible Inanspruchnahme* von sozialen Unterstützungsangeboten zu ermöglichen.

1. Die notwendigen Maßnahmen müssen bezogen auf den konkreten Bedarf, losgelöst von vorhandenen Angeboten differenziert beschrieben werden.

Nimmt man das Anliegen der Reform des § 93 BSHG hin zu Leistungsvereinbarungen zur Sicherstellung bedarfsgerechter Hilfen ernst, so sind Verfahren zur Feststellung des Hilfebedarfes und Vereinbarungen zur Erstellung eines *individuellen Hilfeplanes* als eigenständiger Regelungsbereich zu gestalten. Es führt sichtlich in die Sackgasse, diesen gesamten Bereich nebenbei regeln zu wollen, in Verhandlungen, die sich mit der Rechtsstellung von Einrichtungen beschäftigen.

Allerdings ist es von entscheidender Bedeutung, Verfahren zur Feststellung des Hilfebedarfes losgelöst von den konkreten Formen der Hilfeerbringung zu entwickeln. Die Erarbeitung solcher Verfahren darf nicht allein Verhandlungen zwischen Kosten- und Einrichtungsträgern überlassen bleiben. Es handelt sich um weitreichende sozialpolitische Entscheidungen, die breite demokratische Prozesse der Willensbildung voraussetzen. Insbesondere für Betroffene als eigentliche Expert/inn/en ihres Hilfebedarfes müssen Möglichkeiten der Beteiligung an der Erarbeitung von Verfahren zur Feststellung des Hilfebedarfes geschaffen werden.

2. Über die Form der Realisierung des Hilfebedarfes müssen die Nutzer/innen individuell verfügen können.

Verfahren zur Feststellung des Hilfebedarfes sind die Voraussetzung dafür, dass individuell ein geeignetes Hilfeangebot ausgewählt werden kann. Es ist wichtig, die Feststellung des Hilfebedarfes von der Auswahl der Hilfe zu trennen. Eine differenzierte Feststellung des Hilfebedarfes wird jedoch bei fehlenden Wahlmöglichkeiten zwischen Angeboten und dem faktischen Zwang zur Nutzung von umfassenden Komplexleistungen ausschließlich im stationären und teilstationären Bereich zynisch.

Für die Nutzer/innen ist von entscheidender Bedeutung, dass sie über die Realisierung ihres Hilfebedarfes frei entscheiden können. Anders als bei den Leistungstypen sollte nicht der Träger einen Anspruch auf Finanzierung seiner Leistung haben. Den Nutzer/innen sollte zur Realisierung der notwendigen Maßnahmen entweder direkt ein Geldbetrag oder ein *abrufbares Budget* zur Verfügung stehen, das sie in die Lage versetzt bei einem oder mehreren Trägern die notwendigen Hilfen quasi einzukaufen.

Ich bin mir bewusst, dass insbesondere die letzten beiden Vorschläge sich weit von dem bisherigen Verhandlungsstand entfernen. Ich möchte aber anmerken, dass sich die Umsetzung des Reformvorhabens weg vom Selbstkostendeckungsprinzip hin zu Leistungsvereinbarungen noch viel weiter von einem sinnvollen Reformziel entfernt hat. Eine konsequente Reflexion auf die Nutzer/innenperspektive würde es m.E. erlauben einen konstruktiven Ausweg aus der festgefahrenen Debatte zu finden. Eine eigenständige Regelung zur Feststellung des Hilfebedarfes und die Einbeziehung des gesamten Spektrums an Unterstützungsangeboten eröffnet einen sinnvollen Zugang zu bedarfsgerechten Leistungsvereinbarungen und zu für allen Seiten fairen Maßnahmepauschalen.

Literatur

BUNDESEMPFEHLUNG gemäß § 93 d Abs. 3 BSHG für Landesrahmenverträge nach § 93 d Abs. 2 BSHG. Entwurfsstand: 30. Oktober 1998

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG e.V.: (BV LH): Neufassung der §§ 93ff. BSHG stößt auf große Schwierigkeiten. Einrichtungs- und Kostenträger treten auf der Steile. In: Rechtsdienst der Lebenshilfe (1997a) 3, 110-111

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG e.V.: (BV LH): Neue Entwicklungen zur Umsetzung des § 93 BSHG. In: Fachdienst der Lebenshilfe (1997b) 3, 22-25

DEUTSCHER BUNDESTAG (BT-DS): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Petra Bläss, Dr. Ruth Fuchs, Heidemarie Lüth und der Gruppe der PDS zum Stand der Umsetzung der §§ 93 ff. Bundessozialhilfegesetz. Bundestagsdrucksache 13/11319 vom 03.08.98

EVERS, A./OLK, T.: Von der pflegerischen Versorgung zu hilfreichen Arrangements. Strategien der Herstellung optimaler Beziehungen zwischen formellen und informellen Hilfesystemen im Bereich der Pflege. In: Dies. (Hrsg.): Wohlfahrtspluralismus: vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft, Opladen 1996, 347-372

HESSE-SCHILLER, W.: Maßnahmepauschalen gemäß § 93a Abs. 2 BSHG i.d.F. vom 01.01.1999. In: Rechtsdienst der Lebenshilfe (1997) 3, 111-112

METZLER, H.: Ein Modell zur Bildung von „Gruppen von Hilfeempfängern mit vergleichbarem Hilfebedarf“ gemäß § 93a BSHG. Voraussetzungen und methodische Umsetzung. Gutachten,

Tübingen: als Manuskript gedruckt, 1998a

METZLER, H.: Modellversuch zur Umsetzung der §§ 93ff. BSHG. (Vorläufiger) Bericht zur Hilfebedarfserhebung in baden-württembergischen Einrichtungen der Behindertenhilfe

Tübingen: als Manuskript gedruckt, 1998b

ÖSTERWITZ, 1.: Das Konzept Selbstbestimmt Leben - eine neue Perspektive in der Rehabilitation? In: Zwielerin, E. (Hrsg.): Handbuch Integration und Ausgrenzung. Behinderte Mitmenschen in der Gesellschaft, Neuwied u.a. 1996, 196-206

SHELLHORN, W.: Das Bundessozialhilfegesetz. Ein Kommentar für Ausbildung, Praxis und Wissenschaft, Neuwied, 1997

Albrecht Rohrmann, Soziologe
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
im Zentrum für Planung und Evaluation sozialer Dienste (ZPE)
der Universität-Gesamthochschule Siegen

Maßnahmenpauschale und Gesamtplan Wechselwirkungen zwischen den § 93 und § 46 BSHG

Einführung

Wie hängen die zwischen den Trägern der Sozialhilfe und den Einrichtungen zu treffenden Vereinbarungen über die Leistungsentgelte mit der Verpflichtung der Sozialhilfeträger (SHTr) zur Erstellung von Gesamtplänen bei Maßnahmen der Eingliederungshilfe zusammen oder wo hängen diese wie voneinander ab ? Dies ist ein durchaus spannendes Thema, weil beide Teilbereiche Neuland für die Behindertenhilfe sind, mit bisherigen Sicht- und Handlungsweisen aller Beteiligten brechen, ohne daß handhabbare und praktikable Alternativen quasi im Tausch zur Verfügung stehen.

Vor diesem Hintergrund können meine Ausführungen nur als Annäherungsversuch an diese Thematik gesehen werden, dem es allerdings hoffentlich gelingt, Interdependenzen - und die gibt es – aufzuzeigen, diese in ihrer Bedeutung für die Arbeit aus Sicht eines SHTr zu bewerten und eine praktikable Umgangsweise zu skizzieren.

Ich verfolge dabei nicht den Anspruch auf vollständige Würdigung aller Aspekte, sondern bemühe mich aus meiner Sicht als Praktiker mit theoretischem Anspruch aus einer veränderten Gesetzeslage Konsequenzen für die Weiterentwicklung der behördlichen Einzelfallhilfe abzuleiten. Mir ist dabei bewußt, daß man das alles auch ganz anders sehen kann. Gerade beim § 46 BSHG, also dem Gesamtplan, haben die SHTr dies ja sehr lange getan, gerade so als gäbe es diese Gesetzesnorm nicht.

Bedarfsgerechte Hilfen und Qualität im § 93 BSHG

Wenn man über Wechselwirkungen spricht, ist es unumgänglich, zunächst die Gegenstände zu bestimmen, zwischen denen 'gewechselt' wird, die also aufeinander einwirken. Dabei ist über *den § 93 ff. BSHG* schon viel gesagt worden und ich will Sie nicht mit Wiederholungen langweilen. Für mein Thema ist folgendes als wichtig herauszuheben: Die zwischen den SHTr und den Einrichtungen zu treffenden Vereinbarungen müssen

- Aussagen über „Inhalt, Umfang und *Qualität* der Leistungen" (§ 93, II, Satz 1) enthalten.
- Die Entgelte müssen leistungsgerecht sein und eine *bedarfsgerechte* Hilfe ermöglichen.
- Dem SHTr muß eine *Prüfung* der Wirtschaftlichkeit und der *Qualität der Leistung* möglich sein.

Das sind die gesetzlichen Vorgaben. Näher präzisiert hat sie der Gesetzgeber nicht. So stellen sich viele Fragen - zum Beispiel im Zusammenhang mit der „bedarfsgerechten Hilfe" und „Qualität":

- Wann ist eine Hilfe bedarfsgerecht?
- Welche Qualität ist gemeint?
- An welchen Kriterien wird diese festgemacht und gemessen und von wem?

Die Kommentare zum BSHG schweigen sich hierzu aus. Eine einschlägige Rechtsprechung gibt es aus naheliegenden Gründen noch nicht. Wir betreten also Neuland !

Qualität, Qualitätsmanagement sind in der Behindertenhilfe, der behördlichen allemal, in der Vergangenheit nicht gerade die zentralen Themen gewesen. Also gibt es einiges nachzuholen. Ein Mangel an Fachliteratur über Qualitätsmanagement, TQM, ISO 9000 und dergleichen besteht nicht. Das Angebot ist geradezu unüberschaubar geworden. Aber die Beispiele einer konkreten Umsetzung in die schmutzige Praxis sind nach wie vor rar.

Den mit § 93 *markierten Fortschritt* sehe ich vor allen Dingen darin, daß das Thema Qualität und Qualitätssicherung überhaupt in den Blickpunkt der Behindertenhilfe gerückt wird. Und der *Übergang zum Gesamtplan, zur Hilfeplanung* ist damit zwangsläufig gegeben. Ich komme gleich darauf zurück. Ich möchte vorher noch etwas dazu sagen, wie das Thema Qualität in der Bundesempfehlung und den mir bekannten Verträgen auf Landesebene behandelt wird.

Der Entwurf der Bundesempfehlung zum § 93d und die entsprechenden Entwürfe oder Verträge auf Landesebene halten sich mit inhaltlichen Aussagen zur Qualität der Leistungen sehr zurück. Es finden sich darin lediglich Aussagen darüber, daß sich Qualität gliedert in *Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität* und was darunter im allgemeinen verstanden wird. Niemand dürfte in der Lage sein, auf dieser Basis die Qualität einer Leistung beurteilen zu können. Wahrscheinlich kann man das auch von einer

Rahmenvereinbarung nicht erwarten. Es wird aber m.E. für die Praxis notwendig sein, daß die Leistungen/Produkte und Qualitäten in der Leistungsvereinbarung zwischen dem SHTr und der Einrichtung operational und meßbar beschrieben werden.

Aufgefallen an den Empfehlungen und Entwürfen für Verträge ist mir im Zusammenhang mit den dortigen Aussagen zur Qualität der Leistung, daß zwar immer und regelmäßig eine *Überprüfung* der Ergebnisse des Hilfeprozesses anhand der festgelegten Ziele erfolgen soll. Daß diese Überprüfung aber wohl ohne den SHTr geschehen soll - und das ist m.E. ein Unding. Warum? Und jetzt komme ich auf den § 46 BSHG, also den *Gesamtplan*.

Hilfeplanung und Gesamtplan

Grundsätzlich gilt nach den gesetzlichen Regelungen des BSHG von vornherein, daß der SHTr *Träger der Hilfe* ist. D.h. er ist auch dafür *verantwortlich*, daß der Leistungsberechtigte die nach den sozialhilferechtlichen Bestimmungen erforderlichen Hilfen zur Eingliederung in die Gesellschaft erhält. Der SHTr kauft diese Hilfeleistungen bei den Einrichtungen der Behindertenhilfe ein. Zu der genannten Verantwortlichkeit des SHTr gehört auch die für das *Resultat* der Hilfe. Dieses Resultat ist also kontinuierlich zu prüfen. Und das Instrument zur Gestaltung dieses Prozesses von Bedarfsermittlung - Maßnahmen - Förderung - Überprüfung/ Erfolgskontrolle ist der *Gesamtplan gem. § 46 BSHG*. Die Hilfeplanung ist nach § 46 BSHG Aufgabe des SHTr und als solche m.E. nicht delegierbar.

Anders dürfte eine *output-orientierte Steuerung* wohl nicht möglich sein. Und eine auf Wirkung und Ergebnis zielende Dienstleistung ist ja das, was heute von der öffentlichen Verwaltung allgemein gefordert wird. Eine behördliche Fallarbeit, die darauf verzichtet, Hilfe zu planen, betreibt weiterhin eine input-orientierte Steuerung, weil sie sich keine systematische Rückkopplung über die Wirkungen ihres Handelns verschafft, ja gar nicht verschaffen kann.

Was heißt Hilfeplanung (vgl. folgende Folie).

Die Feststellung bzw. Festlegung des sozialhilferechtlich gegebenen Hilfebedarfs ist also der Auftakt der Hilfeplanung und erste Aufgabe des SHTr in Kooperation vor allem mit dem Gesundheitsamt, dem Hilfesuchenden und anderen Beteiligten.

Systeme zur Erfassung des Bedarfs sind hierbei sehr hilfreich. Auf dem individuellen Bedarf baut die Wahl der Maßnahmen und der Einrichtung auf. Erforderlich ist ein Planungsinstrumentarium für den Gesamtplan (siehe folgende Folie).

Selbstverständlich geht dies nur in Bezug auf den Einzelfall, also den konkreten Menschen mit seinen spezifischen Bedürfnissen, Einschränkungen, Behinderungen und Fähigkeiten. Aufgabe der Hilfeplanung ist es, die *individuell* richtigen Maßnahmen (§ 3 BSHG) zu bestimmen, die Einrichtung auszuwählen, welche die damit verbundenen Leistungen erbringen kann und bereit und in der Lage ist, die zwischen dem Hilfeempfänger und dem SHTr vereinbarten oder noch zu vereinbarenden Eingliederungsziele durch ihr Förderprogramm umzusetzen. Dieser Prozeß ist zu begleiten und kontinuierlich fortzuschreiben.

Die *Partizipation aller Beteiligten* an der Hilfeplanung und deren Fortschreibung ist ein wesentliches Merkmal dieser Fallarbeit.

Die Qualität der Dienstleistung der Einrichtung bemisst sich letztlich genau daran und nur daran, inwieweit sie in der Lage ist, diese Ziele zu realisieren - also an der Wirkung ihres Handelns in Bezug auf den einzelnen betreuten Menschen¹. Hierfür sind selbstverständlich adäquate Rahmenbedingungen sachlicher und finanzieller Art erforderlich, also u.a. *leistungsgerechte Entgelte*.

Bei der Festlegung der Leistungsqualität und der Prüfung der Qualität der erbrachten Leistung ist die *Kundenperspektive* wichtig, d.h. wie der behinderte Mensch oder sein gesetzlicher Vertreter die soziale Dienstleistung beurteilt. Auch hierfür bietet der Gesamtplan eine geeignete Grundlage der Beteiligung der Betroffenen.

Eine auf diese Art von *Wirkungsqualität* verpflichtete Eingliederungshilfe kommt ohne das Instrumentarium der individuellen Hilfeplanung in Form des Gesamtplans nicht aus. Denn wie anders will ich denn letztlich die Qualität einer Einrichtung messen als über die kontinuierliche Vereinbarung von Zielen, Maßnahmen/Methoden und Mitteln ihrer Umsetzung, der Dokumentation dessen und der einzelfallbezogenen systematischen *Evaluation* durch den bzw. mit dem Auftraggeber und anderen Beteiligten.

In dem *Pilotprojekt ‚Qualitätsstandards in der Einzelfallhilfe des LSA‘*² haben wir die Erfahrung gemacht, daß die individuelle Hilfeplanung mittels Gesamtplan - wie zuvor beschrieben - einen geeigneten Weg darstellt, Eingliederungshilfe zu steuern. Tragende Elemente sind dabei die *Kooperation* mit

- den betroffenen Gesundheitsämtern
- den beteiligten Einrichtungen der Behindertenhilfe
- den behinderten Menschen und/oder seinen Bezugspersonen

Die Wechselwirkungen zwischen § 93 BSHG und § 46 BSHG liegen m.E. auf der Hand: Die bedarfsgerechte Hilfe, die Prüfung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistung, die unabhängig vom Einzelfall zwischen Einrichtung und SHTr vertraglich vereinbart werden, können nur in der Hilfe für Frau Müller und Herrn Meier Gestalt annehmen und nur dort hinsichtlich ihres Erfolgs, ihrer Wirkung gemessen werden. Die Vereinbarung nach § 93 BSHG gibt den Rahmen vor. Ausgefüllt werden muß dieser durch den individuellen Hilfeplan. Deshalb haben die Regelungen des § 93 BSHG, wenn sie mehr als papierene Vereinbarungen sein sollen, die *personenzentrierte Hilfeplanung* zur unabdingbaren Voraussetzung.

Andersherum ermöglicht, erleichtert oder fordert der § 93 BSHG mit den dort kodifizierten Normen eine Hilfeplanung, welche die Qualität der Leistung in dem vorhin beschriebenen Sinn zu einer zentralen Kategorie macht und gibt den beteiligten Fachkräften eine Richtschnur für ihr Denken und Handeln. Darin liegen *Chancen*

- einer größeren Transparenz zwischen SHTr und Einrichtung
- einer maßgeschneiderten Hilfe statt der Konfektionsware von der Stange
- der Betroffenenbeteiligung
- der Weiterentwicklung von Fachlichkeit und Professionalität durch Kooperation
- der Wirtschaftlichkeit durch Qualitätsmanagement.

Fazit

1. Die mit § 93 BSHG gesetzte Verpflichtung zur Vereinbarung über Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen macht die Auseinandersetzung mit dem individuellen Hilfebedarf und den Qualitätsfragen für die SHTr und die Einrichtungsträger unumgänglich. Und das ist ein Fortschritt.
2. Die Feststellung und Festlegung des individuellen sozialhilferechtlich relevanten Hilfebedarfs, Inhalt und Umfang der Leistungen erfordern zwangsläufig ein Instrumentarium der Hilfeplanung, wie es der Gesamtplan nach § 46 BSHG vorsieht, um die Qualität der Leistung bewerten zu können.
3. § 93 und § 46 BSHG stellen für die Behindertenarbeit sich wechselseitig ergänzende, interdependente gesetzliche Regelungen dar und bieten für alle Beteiligten viele Chancen, die genutzt werden sollten.

Anmerkungen

- 1 „Daher ist die Qualität der Arbeit von Wohneinrichtungen danach zu beurteilen ob der einzelne Bewohner mit seinen subjektiven Wünschen, Bedürfnissen und Interessen wirklich im Mittelpunkt der Bemühungen der Einrichtung steht.“ (LEWO-Kurzinfo, S. 4)
- 2 Näher beschrieben in dem Bericht über die Pilotierung 'Qualitätsstandards in der Einzelfallhilfe des LSA'. Landeswohlfahrtsverband Hessen 1997

Gerd Kronenberger, Sozialpädagoge, Dipl.-Pädagoge
Leiter des Referates Einzelfallhilfe, Landeswohlfahrtsverband Hessen,
Landessozialamt-Zweigverwaltung Darmstadt

Wechselwirkungen zwischen Maßnahmepauschale und Enthospitalisierungsprojekten

Enthospitalisierung

Enthospitalisierung betreiben wir, um Menschen mit geistiger Behinderung aus anstaltsgeprägtem Milieu herauszulösen und in normale Wohnumfelder zu integrieren. Dabei ist wichtig, dass die Integrationsleistung nicht nur daran gemessen wird, inwieweit es den Menschen mit Behinderung gelingt, stabile Kontakte zur Nachbarschaft herzustellen, sondern es ist auch daran zu messen, inwieweit sie in vergleichbaren Wohnbedingungen leben wie ihre Nachbarschaft und damit Distanz zur nichtbehinderten Bevölkerung vermindern. In diesem Milieu ist es wesentlich einfacher, ein selbstbestimmtes Leben zu führen mit einem Lebensstandard, der dem der allgemeinen Gesellschaft entspricht. Das normale Wohnumfeld begünstigt die Wahrnehmung individueller Persönlichkeiten und hilft vermeiden, Menschen mit Behinderung pauschal nach Diagnosen in feste Schubladen abzulegen. Daraus entsteht ein entscheidender Schub für die Förderung nach persönlichen Fähigkeiten, Möglichkeiten und Bedürfnissen.

Aktuelle Erfahrungen und Ergebnisse zur Enthospitalisierung

Diese Erfahrungen basieren auf Erkenntnissen, die im Rheinischen Heilpädagogischen Heim Düren in den vergangenen 20 Jahren gewonnen wurden. Es hat sich hier gezeigt, dass Enthospitalisierung möglich ist und dass die theoretisch damit verknüpften Erwartungen in Deutschland ebenso zutreffen wie im Vorbildland Schweden. Der dabei benötigte Aufwand ist bei vergleichbaren Standards nicht zwingend größer als in Zentraleinrichtungen. Es zeigt sich allerdings, dass sich der Hilfebedarf unter

Dezentralisierung im Rheinischen Heilpädagogischen Heim Düren (für 1978 und 1998 Ist-Zahlen, für 2018 geschätzt)

Jahr	1978	1998	2018
Plätze gesamt	396	330	330
Zahl der Standorte	4	26	31
Plätze je Standort im Mittel	99,0	12,7	10,6
Wohneinheiten	15	52	56
Plätze je Wohneinheit im Mittel	26,4	6,3	5,9
Plätze mit Selbstversorgung	0	237	330
Selbstversorgung in Prozent	0,0%	71,8%	100,0%

den Bedingungen des dezentralen Wohnens verändert, da erheblicher Begleitungsaufwand umgeleitet wird auf Assistenz in der Teilhabe am Normalalltag. Dies zeigt sich sowohl in der Haushaltsführung, wie auch in der Verwaltung der persönlichen Angelegenheiten und insbesondere bei der Begleitung zur Wahrnehmung von Angeboten in der Gemeinde (Einkaufen, Freizeitveranstaltungen, Arztbesuche).

Die veränderte Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner führt dann auch dazu, dass ihre Behinderung nicht mehr so massiv wie in der Zentraleinrichtung wahrgenommen wird. Erfahrungen bei der Einschätzung des Pflegebedarfs durch den medizinischen Dienst der Kassen belegen dies eindeutig. Der Hilfebedarf wird aufgrund des normalen Milieus deutlich unterschätzt, da hier die persönlichen Fähigkeiten mehr in den Vordergrund rücken als die individuellen Defizite.

Aus der obigen Tabelle können Sie ersehen, wie rasant die Entwicklung der Enthospitalisierung bezogen auf das Heim in Düren in den 20 Jahren seit 1978 gelaufen ist. Dabei fällt besonders ins Auge, dass sich durch die Dezentralisierung die Zahl der Standorte von 4 auf 26 erheblich erhöht hat, die Gruppengröße von 26,4 auf 6,3 deutlich vermindert hat und sich somit auch der Selbstversorgungsstand (Essenversorgung, Wäscheversorgung) von 0 % auf 71,8 % entwickelt hat. So sind alle Wohneinheiten außerhalb der Zentraleinrichtung zur Selbstversorgung übergegangen.

Unsere weiteren Überlegungen zur Enthospitalisierung lassen die begründete Hoffnung zu, dass in den folgenden 20 Jahren auch die restlichen Plätze in normales Wohnumfeld integriert werden können. Dabei ist noch ein geringfügiger Anstieg der Zahl der Standorte um weitere 5 zu erwarten, bei Verringerung der durchschnittlichen Gruppengröße auf 5,9 Personen. Die Selbstversorgung gilt dann für alle.

Dreigeteilter Pflegesatz und Enthospitalisierung

Investitionsbetrag:

Dies sind Aufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 3 SGB XI. Die Besonderheiten im Rahmen der Enthospitalisierung, z.B. Abbau zentraler Strukturen, wie auch Neueinrichtung dezentraler Angebote, bleiben prinzipiell erhalten. Zum Teil treten an die Stelle eigener direkter Investitionskosten Gebühren an Dritte, z.B. eigene Ver- und Entsorgungsleitungen in der Zentraleinrichtung müssen nicht mehr erstellt werden, sondern öffentliche Einrichtungen werden genutzt.

Grundpauschale:

Die Grundpauschale umfasst Unterkunft und Verpflegung, die sogenannten Hotelkosten. Wenn die Enthospitalisierung mit der Aufgabe zentraler Versorgungsbereiche einhergeht (in den Rheinischen Heilpädagogischen Heimen so gewollt), sind entsprechende dezentrale Angebote aufzubauen. Dabei kann es zu Abgrenzungsproblemen zwischen Betreuungsleistungen im Rahmen der Maßnahmepauschale und hauswirtschaftlichen Arbeiten (z.B. Essen, Wäsche, Reinigung) im Rahmen der Grundpauschale kommen, da beide Leistungen zum Teil durch die gleichen MitarbeiterInnen erbracht werden.

Maßnahmepauschale:

Die Maßnahmepauschale vergütet die Fördermaßnahmen, die soziale Betreuung und pflegerische Leistung bezogen auf die verschiedenen Leistungstypen.

Enthospitalisierung und Maßnahmepauschale

Durch die Enthospitalisierung werden die Fördermaßnahmen gestärkt, ja eigentlich erst sinnvoll möglich, die auf Integration, Normalität, Individualität und Selbstbestimmung abzielen. Im Zuge der Bildung kleinerer Wohneinheiten, verteilt auf verschiedene Standorte entsteht gleichzeitig ein Problem im Einsatz des Betreuungspersonals. Die Präsenz von BetreuerInnen in den jeweiligen Wohneinheiten erfordert mehr Betreuungsstunden, da Zeiten des geringeren Betreuungsbedarfs nicht mehr so genau abgebildet werden können, insbesondere die nächtliche Betreuung kann nicht mehr so ohne weiteres durch Zusammenfassung mehrerer Einheiten ökonomisch und dennoch sicher gestaltet werden. Das Aufsuchen spezifischer Förderangebote, z.B. Bewegungstherapie, ist mit teils erheblichen Wegen verbunden. Das dezentrale Versorgungsangebot ist in der jeweiligen Wohneinheit zu verwirklichen, und bei Personalausfall schwerer zu kompensieren.

Die Rolle der BetreuerInnen wandelt sich zunehmend in die einer assistierenden Person, die den BewohnerInnen die Teilhabe an den Angeboten im Gemeinwesen ermöglicht. Es entstehen somit auch veränderte Förderziele.

Bei der Beurteilung des Hilfebedarfs bezogen auf die unterschiedlichen Leistungstypen kann es geschehen, dass auf dem Hintergrund des veränderten häuslichen Milieus im Zusammenhang mit tradierten Vorstellungen zum Hilfebedarf dieser eher unterschätzt wird. Es wird sich noch zeigen müssen, ob die mit der Enthospitalisierung gegebenen Entwicklungsmöglichkeiten für Menschen mit geistiger Behinderung soweit Zustimmung finden, dass der damit verbundene Betreuungsaufwand als notwendig anerkannt wird.

Anforderungen an Maßnahmepauschalen

Die Maßnahmepauschalen müssen so gestaltet werden, dass sie die Ziele der Förderung, wie sie insbesondere durch Enthospitalisierung realisiert werden können, vergütet. Das meint vor allem, dass kleine Wohneinheiten, eingebettet in ein normales Wohnumfeld Standard werden bei der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung, unabhängig davon, welchem Leistungstyp sie zugeordnet werden müssen. Nur so ist Teilhabe an normalen Lebensvollzügen unter Berücksichtigung ausreichender Lebensqualität möglich. Die hieraus resultierenden besonderen Bedingungen bei der Umsetzung individueller Hilfen sind bei der Leistungsvergütung entsprechend zu berücksichtigen. Das Hineinwirken der sozialen Betreuung und der Fördermaßnahmen in das Gemeinwesen muß zu unser aller Selbstverständnis unstrittig gehören.

Heinz Tietjen, Dipl.-Psychologe
Erster Werkleiter Rhein. Heilpädagogisches Heim Düren
Meckerstr. 15, 52353 Düren

Zusammenfassung und Schlußwort

Zunächst danke ich allen Teilnehmern der Fachtagung, die von mir sehr konstruktiv erlebt wurde, auch hinsichtlich dazu, was sich die Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft inhaltlich zur Thematik vorgestellt hat. Einige Aspekte möchte ich aus Sicht der DHG noch einmal besonders herausstellen:

1. Sehr beschäftigt hat mich das, was wir heute diskutiert haben, ob es ehrlich in der Priorität ist. Mein Eindruck war, daß **das Geld** doch eine größere Rolle spielt, als ich bisher dachte.
2. Der Druck auf die Neugestaltung des § 93, den die DHG bisher gemacht hat, darf nicht nachlassen. Nach wie vor muß es darum gehen, den **Personenkreis mit erhöhtem Hilfebedarf**, den die DHG vertritt, auch entsprechend in den Leistungstypen und Hilfebedarfsgruppen abgebildet zu sehen.
3. Die **Selbstbestimmung** der Bewohner und die Berücksichtigung ihrer Interessen bei der Ermittlung der Hilfebedarfe muß aus Sicht der DHG noch mehr Berücksichtigung finden. Herr Rohmann hat in seinem Beitrag das Anliegen übernommen, die Bedürfnisse der Bewohner zu artikulieren. Die Einbeziehung der Bedürfnisse und Interessen der Bewohner hat Auswirkungen auf die Bewohner selbst, auf das Bewußtsein der Mitarbeiter und auf die Struktur der Einrichtungen.
4. Ich habe gerne mitgenommen, daß von Kostenträgerseite formuliert wurde, daß die **Qualität des Angebotes** die entscheidende Rolle spielt. Wenn es aber auf der anderen Seite heißt, daß man mit dem Geld auskommen muß, was bisher zur Verfügung steht, bin ich skeptisch, ob für den Personenkreis, für den die DHG eintritt, das bisher vorhandene Geld „reicht“. Ich glaube vielmehr, daß die Betreuung dieses Personenkreises, wenn die Qualität tatsächlich eine Rolle spielt, teurer wird.
5. Herr Profazi wies darauf hin, daß die Einführung von Hilfegruppen mit einem hohen personellen Bedarf natürlich auch etwas mit **gesellschaftlicher Akzeptanz** zu tun hat. Dies bedeutet für die DHG auch, darauf hinzuweisen, daß zur Betreuung von Menschen z.B. mit Verhaltensauffälligkeiten oder einem besonderen pflegerischen Aufwand auch mehr Geld zur Verfügung gestellt werden muß.
6. Die **Hilfeplanung** ist für mich ein zentraler Punkt in unserer Arbeit. Sie ist für die betroffenen Menschen Grundlage für ihren Kontrakt mit der Einrichtung. Sie ist für den Kostenträger als Grundlage für die Hilfestellung anzusehen. Dies wäre ein Verfahren, wie es im KJHG bereits festgelegt ist: Finanzielle Mittel gibt es nur, wenn ein Hilfeplan erstellt wurde. Diesem Thema werden wir uns in der DHG verstärkt zuwenden müssen.
7. In der Diskussion wurde mir auch deutlich, daß bestimmte Standards verbindlicher für den einzelnen Klienten festgelegt werden müssen; und es ist nach Ansicht der DHG eine Überlegung wert, das, was in der Eingliederungshilfe inhaltlich sinnvoll festgelegt ist durch ein **eigenes Eingliederungsgesetz** noch deutlicher festzulegen, um damit die Rechte und die inhaltliche Arbeit für behinderte Menschen zu verbessern. Dies wird auch von anderen Fachverbänden seit Jahren gefordert.
8. Viele Menschen denken, daß in der Behindertenarbeit der Markt alles regelt. Ich bin nicht sicher, ob der Personenkreis mit einem erhöhten Hilfebedarf, für den die DHG eintritt, durch bloße **Marktregulierung** (ein schreckliches Wort) überhaupt qualitativ richtig versorgt werden kann. Wir glauben vielmehr, der Markt funktioniert hier nicht.
9. Ich hatte bislang den Eindruck, daß die Diskussion über die **Abgrenzung von Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege** beendet sei. Aber heute nehme ich mit, sie ist nicht beendet - im Gegenteil: Es gibt permanent neuen Diskussionsbedarf, neuen Regelungsbedarf und auch neuen Zündstoff.

Tagungsprogramm

- ab 10.00 Ankunft, Öffnung des Tagungsbüros
- 11.00 - 11.15 Begrüßung durch Herrn Ersten Beigeordneten Klein für den Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV) und Herrn Moser, Vorsitzender der DHG
- 11.15 - 11.45 Die gesetzlichen Vorgaben nach § 93 BSHG und die bisherigen Umsetzungsschritte auf Bundes- und Länderebene am Beispiel Hessen
(Herr Paul,, Projektleiter „Strukturreform der Sozialhilfe beim Landeswohlfahrtsverband Hessen“)
- 11.45 - 12.30 Mittagsimbiss

Drei Impulsreferate zur Zielsetzung und zu den Erwartungen von Maßnahmepauschalen

Anmoderation durch Herrn Frühauf

- 12.30 - 13.00 Maßnahmepauschalen aus Sicht der Nutzer
(Herr Rohrmann, Universität-Gesamthochschule Siegen)
- 13.00 - 13.30 Maßnahmepauschalen aus Sicht eines Leistungserbringers
(Herr Eike, Referatsleiter des Einrichtungverbundes der AWO Bremen)
- 13.30 - 14.00 Maßnahmepauschalen aus Sicht eines Sozialleistungsträgers
(Herr Profazi, Referatsleiter Behindertenhilfe beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe)
- 14.00 - 14.30 Diskussion
- 14.30 - 15.00 Kaffeepause

Wechselwirkungen

Anmoderation durch Frau Prof. Dr. Beck

- 15.00 - 15.30 Wechselwirkungen zwischen Maßnahmepauschale und Gesamtplan nach § 46 BSHG
(Herr Kronenberger, Referent der Einzelfallhilfe im Landessozialamt des Landeswohlfahrtsverband Hessen)
- 15.30 - 16.00 Wechselwirkungen zwischen Maßnahmepauschalen und Enthospitalisierungsprojekten
(Herr Tietjen, Erster Werkleiter des Rheinischen Heilpädagogischen Heimes in Düren)
- 16.00 - 16.45 Diskussion
- 16.45 Abschlußerklärung der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft
- 17.00 Ende der Tagung