

Vorsitzender: Theo Eichberg – Offenbachstr. 23– 53332 Bornheim  
Tel.: 02227-911076 Fax: 02227 -911078  
E - Mail: [t.eichberg@gmx.de](mailto:t.eichberg@gmx.de)

# Info

für Eltern- und Betreuerbeiräte  
in Werkstätten und Wohnstätten

Geschäftsstelle:

L V E B  
Schlaunweg 20  
59394 Nordkirchen  
Tel.: 02596 -98451  
Fax: 02596 - 529886  
E-Mail:  
[buero@lveb-nrw.de](mailto:buero@lveb-nrw.de)  
Internet:  
[www.lveb-nrw.de](http://www.lveb-nrw.de)

01/ 2013

Ausgabe

35

*Liebe Eltern, Angehörige und Betreuer,*

die LVEB – INFO hat lange auf sich warten lassen. Verschiedene Umstände, nicht zuletzt das Pflegeneuaustrichtungsgesetz (PNG) und das ASMK II Papier (Arbeits- und Sozialminister – Konferenz) nebst neuen Entwicklungen in diesen Tagen haben diese Verzögerung verursacht. Diese INFO ist nach bestem Wissen verfasst. Sie wird Ihnen sicher manches Wissenswerte bieten.

Doch legen Sie die INFO nicht weg, wenn Sie das Wort INKLUSION erneut lesen. Es ist zu verstehen, dass man das Wort INKLUSION kaum noch hören möchte, weil „alle Welt“ in vielen Bereichen die mit den Menschen mit Behinderung zu tun haben, davon redet und schreibt.

So durchzieht dieses Wort das Aktionsprogramm der Landesregierung von NRW „Eine Gesellschaft für alle – NRW inklusiv“. Über Werkstätten heißt darin in unter P I.8.7 (S.128/129) „Werkstätten für Menschen mit Behinderungen“: „Werkstätten für behinderte Menschen (WfBM) werden durch die Anforderungen der UN – Behindertenrechtskonvention nicht überflüssig. Sie bleiben Einrichtungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderungen, die wegen Art und Schwere der Behinderung nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können. Die Landesregierung wird auch zukünftig in Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit und den Landschaftsverbänden Rheinland und Westfalen-Lippe bedarfsgerecht die Bereitstellung und Ausstattung von Werkstattplätzen fördern, um für erwerbsgeminderte Menschen den Rechtsanspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gewährleisten zu können.“ Als Eltern und Angehörige können wir uns über diese Formulierungen nur freuen. Nehmen sie uns doch die Befürchtung, Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, wie sie in NRW zu finden sind, sollten keine Zukunft mehr haben. Integrationsfachdienste und Integrationsbetriebe stehen allerdings im Vordergrund. Das Arbeits- und Sozialministerium will nämlich besonders die Inklusion für Menschen mit Behinderung auf dem ersten Arbeitsmarkt fördern. „Deshalb unterstützen wir Beschäftigungsmöglichkeiten außerhalb von Werkstätten für behinderte Menschen“ wie Arbeits- und Sozialminister Schneider sich äußerte. „Beispielsweise

sollen Integrationsbetriebe ausgebaut werden für behinderte Menschen, in denen Menschen mit und ohne Behinderung zusammenarbeiten.“ Eine landesweite Aktion soll dem Automatismus Förderschule – Werkstatt entgegenwirken. Die Mittel für die verschiedensten Maßnahmen hierfür kommen aus dem Bundesprogramm „Initiative Inklusion“. Diese Aktion wird aus Mitteln der Ausgleichsabgabe bestritten, die Betriebe mit mehr als 20 Beschäftigten zu zahlen haben, die keine oder nicht ausreichend Menschen mit schweren Behinderungen beschäftigen. Bei vielen Äußerungen hierzu kann man sich kaum des Eindrucks erwehren, dass Werk- und - so geht es auch den Wohnstätten - nur noch eine geringe Rolle spielen.

Doch hören wir Praktiker, wie sie sich z. B. im Forum des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes in Nr.2/12. S. 8 ff zur Bedeutung der Werkstätten äußern:

Dr. Michael Weber Geschäftsführer des HPZ Heilpädagogischen Zentrums Krefeld – Kreis Viersen gGmbH) äußert sich wie folgt:

„Wenn man Inklusion im Sinne einer guten Teilhabe am Arbeitsleben versteht, sind wir (in der WfbM) eine **inklusive Einrichtung**. Denn wir versorgen schwerst-mehrfach behinderte Menschen, vermitteln ihnen eine geregelte Tagesstruktur und binden sie ihren Fähigkeiten gemäß in einfache Produktionsprozesse ein. Unser Auftrag ist, die uns anvertrauten Menschen so zu fördern, dass sie in der Werkstatt, auf unsern Außenarbeitsplätzen oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können.

(...)**Inklusionserfolg** lässt sich nicht daran messen, ob der Mensch mit Behinderung von der Werkstatt auf den allgemeinen Arbeitsmarkt geht, sondern ob es ihm gut geht, ob er Lernerfolge und Entwicklungsfortschritte aufweist und sich seine und die Lebensqualität der Angehörigen verbessert.(...) Inklusion sollte man als Stufen-Konzept verstehen, das verschiedene Inklusionsprofile beinhaltet, und nicht als Entweder-oder-Entscheidung für oder gegen (...) eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung. Ich befürchte, dass so eine Deinstitutionalisierung (=Auflösung) nicht zugunsten der Zielgruppe ausgeht, und plädiere dafür, die weitere Diskussion auf gesunde Füße zu stellen – weg von idealistischen Leitbildern, die es in der Realität gar nicht gibt.“

Dazu Herr Thomas Tenambergen, Fachgruppenleiter Behinderung und Rehabilitation des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes: Er teilt die Meinung von Herrn Dr. Weber, „ dass Werkstätten ein wichtiger Bestandteil bei der Umsetzung des Inklusionsgedankens sind und bleiben“. Die Fachtagung vom März 2012 „Inklusion konkret“ habe gezeigt, dass insbesondere die kleinen Ansätze und Projekte das Thema Inklusion lebendig halten und nach vorne bringen...“

Zu diesem Thema findet sich in der Zeitschrift „Rechtsdienst der Lebenshilfe 2/12“ S.73 ff ein Artikel „Teilhabe am Arbeitsleben Teil 1 von Dr. Alexander Vater, Prof. Thomas Klie und Christine Bruker“. Darin wird im Abschnitt „Verschiedene Aktivitäten in den Bundesländern“ auch von solchen in NRW berichtet.

Danach erhalten in NRW „...weitestgehend alle Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf Leistungen der beruflichen Rehabilitation in der WfbM mit der Möglichkeit der Teilnahme am Eingangsverfahren, Berufsbildungsbereich und am Arbeitsbereich. Der Umfang der individuell notwendigen Leistungen wird durch eine Leistungsbewilligung nach 4 Hilfebedarfsgruppen (HBG) abgebildet. Durch einen Schlüssel beim Betreuungspersonal von bis zu 1:4 ergeben sich für die Betreuung und die persönliche sowie berufliche Weiterentwicklung bei der bedarfs- bzw. personenorientierten Tagesstrukturierung vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten. Die Teilhabe am Arbeitsleben in einer WfbM ist somit auch für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf möglich. Das Beispiel NRW zeigt, dass eine bedarfsgerechte berufliche Rehabilitation für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf im Rahmen der WfbM umgesetzt und damit **die doppelte Exklusion** (=Ausschluss) dieses Personenkreises vermieden werden kann...“

Soweit diese Texte. Sie belegen, dass trotz aller Kritik die Institution „Werkstatt“ eine große Bedeutung für das Leben der Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung besitzt.

## I. Zum Pflege – Neuausrichtungsgesetz (PNG)

Mit Beginn des Jahres 2013 sind zahlreiche Neuregelungen im Bereich der Pflegeversorgung pflegebedürftiger Menschen in Kraft getreten. Eine Reihe dieser Neuerungen, die für Personen mit geistiger Behinderung von Bedeutung sind, werden im Folgenden aufgeführt:

- Es gibt, wie der unten angeführten Tabelle zu entnehmen ist, nun auch eine **Pflegestufe 0**. Sie ist gedacht für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz bei häuslicher Pflege. Diese Menschen haben erstmals neben dem Pflegegeld auch Anspruch auf Pflegesachleistungen, die Kombinationsleistung von Pflegegeld und Pflegesachleistung, Leistungen der Verhinderungspflege sowie auf Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen. Diese Leistungen werden auf Antrag von der Pflegekasse gewährt. Um die Ansprüche geltend machen zu können, müssen die Leistungsberechtigten vorab die Pflegestufe 0 bei ihrer Pflegekasse beantragen.  
( nach §123 Abs.2 SGBXI )
- Die Erhöhungsbeträge werden **neben** den bereits bisher geleisteten 100 € bzw. 200 € für **zusätzliche Betreuungsleistungen** bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gewährt. Sie stocken die bisherigen Leistungen auf.
- **Ab Verkündung des PNG** wird das **Pflegegeld** für diejenigen, die Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben, **monatlich** zur Hälfte weiter gewährt.
- **Angehörige** können in Zukunft den Pflegebedürftigen, den sie pflegen, **bei eigenen REHA – Maßnahmen** mitnehmen und für die Finanzierung des Aufenthalts die Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen.

### 1) Neue Leistungsart der häuslichen Betreuung

Die Pflegeversicherung erbrachte bisher Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung. In Zukunft können auch Leistungen **der häuslichen Betreuung** über die Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden. **Die häuslichen Betreuungsmaßnahmen** dienen der allgemeinen Unterstützung und anderer Hilfen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen und/oder seiner Familie. Dazu gehören vor allem:

- Maßnahmen im häuslichen Umfeld, die der Förderung der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen,
- Maßnahmen, die der Gestaltung des häuslichen Alltags, besonders der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, der Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen und der Sicherung eines bedürfnisgerechten Tag-/Nachtrhythmus dienen.

Das Gesetz benennt als Beispiele Spaziergänge in der näheren Umgebung, Besuche von Verwandten und Bekannten, Begleitungen zum Friedhof sowie Hilfe bei der Regelung finanzieller oder behördlicher Angelegenheiten. Die **Fahrdienste** gehören **nicht** dazu, ebenso wenig Hilfen zur beruflichen oder schulischen Eingliederung.

Ein aktives Handeln ist nicht Bedingung für eine Hilfeleistung. Eine häusliche Betreuungsleistung kann auch bei einem Beistand durch eine Betreuungsperson in Form einer bloßen Anwesenheit und Beobachtung des Pflege-bedürftigen vorliegen.

Pflegebedürftige der Pflegestufen I – III und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz haben Anspruch auf diese Leistungen. Voraussetzung ist jedoch, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind. Die Betreuungsleistung kann nur als Sachleistung gewährt werden, d.h. beispielsweise durch einen ambulanten Pflegedienst.

Mehrere Pflegebedürftige oder Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können eine gemeinschaftliche häusliche Betreuung, auch einer oder eines Beteiligten oder auch seiner Familie als Sachleistung in Anspruch nehmen.

(§ 124 SGB XI)

## 2) Ambulante Wohnstrukturen werden bereits ab der Verkündung gefördert

- Pflegebedürftige der Pflegestufe I - III, die in einer Wohngruppe von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen leben und eine Pflegekraft als Präsenzkraft beschäftigen, erhalten monatlich einen pauschalen Zuschuss von 200.- Euro.
- In der ambulanten Wohngruppe muss die Pflegekraft für die organisatorischen, verwaltenden oder pflegerischen Tätigkeiten als Präsenzkraft beschäftigt werden.

(§38 a SGB XI)

- Die Präsenzkraft muss nicht die Qualifikation „Pflegefachkraft“ besitzen. Sie kann ebenso hauswirtschaftliche Arbeiten und notwendige pflegerischen Alltagshilfen verrichten.
- Zu solchen Tätigkeiten zählen einfache Verrichtungen zur Unterstützung der pflegebedürftigen Bewohner wie Hilfen beim An- und Auskleiden, bei der Fortbewegung innerhalb und außerhalb der Wohnung, beim Waschen und Baden usw.
- Verrichtungen, für die eine berufliche Qualifikation erforderlich ist, darf die Präsenzkraft nicht vornehmen, wenn sie keine Pflegefachkraft ist.
- Zu den Verrichtungen einer Pflegefachkraft gehören die Erstellung der Pflegediagnose, die Gestaltung des Pflegeprozesses sowie pflegerische Leistungen, die wegen des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen besondere fachliche Anforderungen an die Qualifikation der Pflegekraft stellt, beispielsweise bei der Ganzkörperpflege von Diabetikern zur Kontrolle der Hautbeschaffenheit.

( § 38a SGB XI)

### 3) Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen bei ambulanten Wohngruppen

- Wird eine ambulant betreute Wohngruppe gegründet, so erhält jedes Mitglied eine einmalige Starthilfe von 2.500.- Euro. Die maximale Starthilfe für eine Wohngruppe beträgt 10.000.- Euro.  
( §45 e SGB XI).
- Diese Maßnahmen werden in Zukunft ohne Eigenbeteiligung und ohne Prüfung des Einkommens mit 2.500.- Euro je Person finanziert, wenn sie die häusliche Pflege sicherstellen oder erleichtern.
- Zuschüsse für Umbaumaßnahmen werden allerdings für eine Wohngruppe nur bis zu einem Betrag von 10.000.- Euro gewährt.
- Der Anspruch muss innerhalb eines Jahres nach Gründung der Gruppe geltend gemacht werden.  
( § 45 SGB XI)

### 4) Anteiliges Pflegegeld bei Inanspruchnahme von Kombinationsleistung

Hier handelt es sich um die Zahlung des anteiligen Pflegegeldes für die Abwesenheitstage von einer Wohnstätte. Um nun endgültig Klarheit in dieser Frage zu schaffen, wurde dem einschlägigen Paragraphen 38 folgender Satz angefügt: „Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen **haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld** anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.“ (s. auch Nr. VII)

( § 38 Satz 5 SGB XI)

### 5) Pflegegeld in vollstationären Einrichtungen § 43a

Dieser Paragraph besagt, dass die Pflegesachleistung an die vollstationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe nur bis zu einer maximalen Höhe von 256.- Euro von der Pflegekasse beglichen werden darf. Der wichtigste Grund für diese Beschränkung dieser Summe liegt darin, die Umwandlung einer stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe in ein Pflegeheim zu verhindern, wenn die Pflegeeinrichtung lukrativer erscheint.

Von den Verbänden wurde die Abschaffung dieses Paragraphen gefordert. Dem sind Bundesregierung und Bundestag nicht gefolgt.

### 6) Änderung des Verfahrens bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

- Die Pflegekasse muss bei einem Antrag auf Pflegebedürftigkeit die **Begutachtung innerhalb von vier Wochen** nach Antragstellung veranlassen. Diese Begutachtung pflegt der MDK vorzunehmen. Die Pflegekasse kann dem Antragsteller auch drei andere Gutachter benennen, von denen der Antragsteller einen Gutachter innerhalb einer Woche auswählen kann. Wird die Frist von der Pflegeversicherung nicht eingehalten, muss sie dem Antragsteller drei unabhängige Gutachter zur Auswahl anbieten.

( §18 Abs. 1, 3a SGB XI).

- Wenn der **Bescheid über das Gutachten und die Rehabilitationsmaßnahme** nicht innerhalb einer Frist von **fünf Wochen** (nach Antragstellung) erfolgt ist, zahlt die Pflegekasse nach Fristablauf für die Verzögerung je angefangene Woche 70,- Euro an den Antragsteller, wenn sie die Frist schuldhaft versäumt hat! Dies gilt nicht für Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung mit mindestens Pflegestufe I (z.B. bei Anträgen auf Höherstufung).

( §18a Abs. 3b SGBXI)

- Der Antragsteller hat in Zukunft ein **Anrecht auf den Erhalt des Gutachtens** des MDK bzw. des gewählten Gutachters. Bereits bei der Begutachtung müssen diese fragen, ob die Zusendung des Gutachtens gewünscht wird. Gleichzeitig muss auch der Bedarf an medizinischer Rehabilitation festgestellt werden. Auf Grund des Befundes muss eine **gesonderte Rehabilitationsempfehlung** ausgesprochen und von der Pflegekasse automatisch an den zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet werden, wenn der Betroffene damit einverstanden ist.

( § 18 Abs.2 Satz 8,9 SGB XI i. V. m. §18 Abs. 3a SGB XI)

## 7) Rentenversicherung bei Pflege mehrerer Pflegebedürftiger

- Rentenversicherungsbeiträge wurden **bisher** von den Pflegekassen für Pflegende gezahlt, wenn sie **einen** Pflegebedürftigen wöchentlich mindestens 14 Stunden pflegten.
- Ab 01.01.2013 werden auch Versicherungsbeiträge gezahlt, wenn die pflegende Person **mehrere Personen** mit mindestens Pflegestufe I pflegt und dadurch in der Summe wenigstens 14 Pflegestunden erreicht. Die Zahlung dieser Beiträge muss entsprechend beantragt werden.

( § 40 SGB XI i. V. m. § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB)

## 8) Altersgrenze für Kurzzeitpflege für Kinder und Jugendliche

Bisher konnten pflegebedürftige Kinder und Jugendliche nur bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zur Kurzzeitpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht werden. Ab dem 1. Januar ist diese Altersgrenze auf die Vollendung des 25. Lebensjahres angehoben worden.

( § 42 Abs, 3 Satz 1 SGB XI)

## 9) Zum Pflegevertrag – Die Kündigung des Pflegevertrags

- Die Vorschriften zum Pflegevertrag wurden konkreter gefasst. So wurde klargestellt, dass der Pflegebedürftiger einen Pflegevertrag **jederzeit ohne Einhaltung einer Frist kündigen kann**.
- Vergütungsregelungen sollen ab Inkrafttreten des PNG stets vom **tatsächlichen Zeitaufwand** eines Pflegeeinsatzes bestimmt sein. Die bisherige Abrechnung nach Komplexleistungen soll vermieden werden. Eine Stundenvergütung käme beispielsweise in Betracht, die stets nach dem tatsächlichen Zeitaufwand für die einzelnen Leistungen anteilig berechnet wird. Welche Leistung der Pflegedienst in dieser Zeit erbringt, hängt von der freien Auswahl des Pflegebedürftigen ab.

( § 89 Abs.3 Satz 1 SGB XI)

- Der Pflegevertrag muss daher auch die nun vorrangige Möglichkeit der individuellen Zeitvergütungen enthalten.
- Der Pflegedienst ist jetzt verpflichtet, den Pflegebedürftigen **vor Ende des Vertrags** und bei **jeder wesentlichen Änderung** darüber zu unterrichten, wie sich die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung im Vergleich zu einer rein zeitbezogenen Vergütung kostenmäßig verhält.  
( § 12o SGB XI)

## 10) Private Pflegeversicherung (sog. „Pflege-Bahr“)

- Wenn man eine private Zusatzversicherung abschließt, erhält man monatlich ab 01.01.2013 einen Zuschuss von 5.- Euro und zwar unabhängig vom Einkommen.
- Der **jährliche** Mindestbeitrag beträgt 120.- Euro. Weitere Voraussetzungen sind im § 127 Abs.2 SGB XI geregelt.
- Zum Abschluss des Versicherungsvertrags ist **keine Gesundheitsprüfung** erforderlich.
- Pflegebedürftige, die noch keine 18 Jahre alt sind oder bereits Pflegeleistungen bezogen haben bzw. beziehen, können nach § 123 SGB XI einen solchen Vertrag nicht bzw. nicht mehr abschließen.

## II. Änderungen bei Leistungen der Krankenkassen

### 1) Beantragung von Hilfsmitteln

Für die Beantragung der Kostenübernahme für Hilfsmittel ist eine **ärztliche Verordnung** nur dann noch erforderlich, wenn die Diagnose als Grundlage der Verordnung erstmalig gestellt wird oder sich eine Veränderung bei der Diagnose ergeben hat.

(§ 33 Abs, 5a SGB V)

### 2) Vergütung für Zahnärzte

Wenn Zahnärzte zukünftig Pflegebedürftige, Bezieher von Eingliederungshilfe oder Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die die Arztpraxis wegen ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderungen oder eingeschränkten Alltagskompetenz nicht oder nur unter außergewöhnlichem Beschwerden aufsuchen können, erhalten sie in Zukunft eine höhere Vergütung. Auf diese Weise soll die gesundheitliche Betreuung der Menschen mit Behinderungen verbessert werden.

( § 87 Abs. 2i SGB V)

## III. Die Unterkunft- und Heizungskosten nach den Urteilen des BSG vom 14.04.2011 und 25.08.2011 bei der Grundsicherung

- 1) Wenn der Leistungsberechtigte behinderte Mensch in einer Haushaltsgemeinschaft mit Eltern oder Angehörigen lebt, **die ebenfalls auf Grund von Bedürftigkeit Sozialleis-**

tungen (z.B. Arbeitslosengeld nach SGB II oder auch Grundsicherung) beziehen, so sind die Kosten für Unterkunft und Heizung einschließlich der Warmwasserversorgung zu berechnen und nach der Zahl der Haushaltsmitglieder aufzuteilen. Das Sozialamt muss dann den Teil der Kosten übernehmen, der für den leistungsberechtigten Haushaltsangehörigen anfällt.

- 2) Erhalten Eltern oder Angehörige selbst **keine** Sozialleistungen, hat das Sozialamt nur dann die Kosten für Unterkunft, Heizung und Warmwasserversorgung zu übernehmen, **wenn die Eltern bzw. Angehörigen mit dem Leistungsberechtigten einen Mietvertrag** (z.B. bei Besitzern von Eigenheimen oder Eigentumswohnungen) **oder einen Untermietvertrag** abgeschlossen haben. Die Zahlung der Miete muss **tatsächlich** erfolgt und nachweisbar sein. Das Sozialamt übernimmt die vertraglich vereinbarte Miete mit den Nebenkosten, soweit sie angemessen sind. Sie sind angemessen, wenn sie der ortsüblichen Miete unter Berücksichtigung der Ausstattung, der Lage und der Bausubstanz entspricht und für einfache und grundlegende Bedürfnisse ausreicht.
- 3) Eltern und Angehörige, die rechtliche Betreuer des Leistungsberechtigten sind, müssen für den Abschluss des Vertrages einen Ergänzungsbetreuer bestellen lassen. Solche Eltern und Angehörige dürfen keinen Mietvertrag abschließen, sie würden ihn als rechtliche Betreuer mit sich selbst abschließen (In-sich-Geschäfte sind nicht zulässig.)
- 4) Beim Abschluss eines Mietvertrags ist Folgendes zu bedenken:
  - a. Mieteinnahmen gehören zu den Einkünften. Sie müssen versteuert werden.
  - b. Es muss geprüft werden, ob auf Grund des eigenen Mietvertrags Untervermietung ausgeschlossen ist.
  - c. Unterkunfts-, Heizungskosten und Kosten für Warmwasserversorgung können dabei nicht als Aufwendungen bei der Begründung des Anspruchs auf Kindergeld gegenüber der Familienkasse geltend gemacht werden.

#### **IV. Zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen**

Im Jahre 2009 wurde gesetzlich geregelt, dass pflegebedürftige Menschen mit Behinderung bei stationärer Krankenhausbehandlung ihre Assistenzpflege weiterhin beanspruchen können. Sie erhalten auf Grund dieses Gesetzes neben dem Anspruch, für die Dauer der Krankenhausbehandlung die Assistenzpflegeperson mit aufnehmen zu lassen, weiterhin das Pflegegeld sowie die Hilfe zur Pflege.

Der nun beschlossene Gesetzentwurf vom 01.08. 2012 erweitert diese Maßnahmen auf stationäre Behandlung in **Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen**



## V. Der Bund übernimmt Kosten der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Im Oktober 2011 beschloss der Deutsche Bundestag das „Gesetz zur Stärkung der Finanzkraft der Kommunen“. In diesem Gesetz wurde festgelegt, dass der Bund sich an den Kosten der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel SGB XII im Jahre 2012 zu 45 %, im Jahre 2013 zu 75% beteiligt und ab 2014 diese Kosten ganz übernimmt. Die Kommunen erhalten auf Grund dessen eine wesentliche finanzielle Entlastung.

## VI. Häusliche Krankenpflege in Wohnstätten

In einem Prozess vor dem Sozialgericht Koblenz wurde die zuständige Krankenkasse dazu verurteilt, die Kosten für eine Pflegeleistung für die Bewohnerin einer Wohnstätte durch einen Pflegefachdienst zu übernehmen.

Die Pflegeleistung war ärztlich verordnet. Eine Pflegefachkraft, die die Pflege sachgemäß hätte leisten können, war in dieser Einrichtung nicht vorhanden.

Die Kasse hatte die Zahlung mit dem Hinweis abgelehnt, dass sie bereits nach § 43a SGB XI einschlägige Leistungen bestreite. Da diese Leistungen auch Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege umfasse, könnten zusätzlich die Kosten (nach § 37 Abs.2 SGB V) nicht übernommen werden. Dem hielt das Gericht entgegen, dass die Leistungen nach § 43a SGB XI **Leistungen nach dem fünften Sozialgesetzbuch nicht ausschließen**. Die hier notwendige pflegefachliche Betreuung zähle in diesem Falle nicht zu den „im Regelfall dauerhaft zu erbringenden Leistungen“, die mit der Übernahme von Leistungen nach §43a SGB XI zu erbringen sind.

Außerdem sei sie ärztlich verordnet. Da die Klägerin **dauerhaft in der Wohnstätte lebe**, sei diese **als geeigneter Ort** im Sinne des § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V anzusehen.

## VII. Kostenübernahme für eine nächtliche Sitzwache

In einem Beschwerdeverfahren hat das LSG Freiburg eine einstweilige Anordnung für eine nächtliche Sitzwache des SG Freiburg bestätigt. Das SG Freiburg hatte die Kostenübernahme für eine Nachtwache zur Betreuung einer pflegebedürftigen Antragstellerin für rechtmäßig erklärt, weil dadurch eine äußerst belastend empfundene Fixierung verhindert werden konnte. Die Erforderlichkeit einer Nachtwache zur Verhinderung von selbstgefährdendem Verhalten sei im Antrag glaubhaft gemacht worden. Der Antragsgegner (der zuständige Sozialhilfeträger) hatte geltend gemacht, dass bei der Hilfe zur Pflege (nach § 61 SGB XII) für eine zusätzliche Betreuung keine Kostenübernahme vorgesehen sei. Als Leistung der Eingliederungshilfe könne die beantragte Leistung nicht erbracht werden, da die Einrichtung als Pflegeheim keine Einrichtung der Eingliederungshilfe sei. Es könne daher auch keine Bedarfsdeckung für

„andere Verrichtungen“ nach § 53 ff. SGB XII wegen des Alters (Jahrgang 1931) beansprucht werden.

Dem gegenüber machte das LSG Freiburg u.a. geltend, dass die vorgesehene Maßnahme sowohl Elemente der Eingliederungshilfe wie auch der Pflege enthalte. Die Bereitstellung einer Nachtwache, um die Selbstgefährdung zu verhindern, rechne zu den „sonstigen Verrichtungen“ nach § 61 SGB XII und verpflichte gleichzeitig den Träger der Einrichtung, dem individuellen Bedarf zu entsprechen. Es bestehe auch ein Anspruch auf Nachtwache als Maßnahme der Eingliederungshilfe nach § 53 ff SGB XII. Dem stehe das Alter der Antragstellerin nicht entgegen. **Die Eingliederungshilfe habe nämlich das Ziel, die Folgen der Behinderung zu vermindern und sei grundsätzlich an keine Altersgrenze gebunden.**

(Az.: L 2 SO 72/12 ER – B)

## VIII. Erstes bekannt gewordenes Urteil zur Kürzung der Tagespflegesätze durch Pflegeversicherungen

Obwohl in ersten Verlautbarungen amtlicher Stellen, u.a. von Frau Staatssekretärin Frau Annette Widmann – Mauz vom BGM eindeutig klagestellt wurde, dass aus dem Urteil des BSG vom 13.03.2001 keine Änderung der bis dahin üblichen Berechnungsmethode für das anteilige Pflegegeld zu begründen ist, haben eine Reihe von Pflegekassen an der Anwendung des Kombinationsmodells festgehalten. Dabei ergab sich eine doppelte Kürzung des anteiligen Pflegegeldes: Zunächst wurde der gleiche Prozentsatz der Pflegesachleistung, den ein Pflegebedürftiger in Anspruch genommen hatte, vom Pflegegeld abgezogen. Die betreffenden Kassen haben dann nach dem Abzug den Rest des Pflegegeldes noch durch 30 (30 Monats-tage) geteilt. So ergab sich beispielsweise für die Pflegestufe II ein Betrag von € 10,80 statt € 14,66 bei ungekürztem Tagespflegegeld.

Nun hat das SG Nürnberg in einem Urteil vom 18.06.12 (Az.: S 9 P 170/11) der neuen Berechnungsmethode eine eindeutige Absage erteilt. Pflegebedürftige Versicherte, die in einer Einrichtung der Behindertenhilfe leben und tageweise (z. B. an Wochenenden und im Urlaub) zu Hause gepflegt werden, haben Anspruch auf anteiliges Pflegegeld für die Tage der häuslichen Pflege gemäß § 43a S.3 SGB XI: „Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt und betreut werden, **anteiliges Pflegegeld** beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.“ Der Gesetzgeber – so das Gericht in seiner Begründung – habe zum Ausdruck gebracht, dass die Berechnungs-methode der beklagten Pflegekasse im Widerspruch zu der vom BSG angewandten Methode stehe.

Mit diesem Urteil besteht nun die Möglichkeit, erneut auf Pflegekassen zuzugehen, die trotz Widersprüche und Klagen nur das gekürzte Tagespflegegeld gewähren.

In einer Presseerklärung zur Verabschiedung des Pflege – Neuausrichtungsgesetzes vom 29.06.12 (PNG) heißt es u.a., „Mit der heutigen Verabschiedung des Pflege – Neuausrichtungsgesetzes erhalten ab Januar Pflegebedürftige, die in vollstationären Einrichtungen leben, anteilig auch **für die Tage** das **volle Pflegegeld** ausgezahlt, an denen sie zu Hause gepflegt werden. Dadurch werde die häusliche Pflege sowie der familiäre Kontakt gestärkt.“

Mit dieser eindeutigen Klarstellung sollte dieses Problem für die Zukunft eigentlich erledigt sein. In einem Schreiben an den bvkm vom 29.11.2012 hat nun das Bundesversicherungsamt versucht, die Anwendung der Kombinationslösung zu rechtfertigen. Dazu äußert sich Herr RA Schulte – Loh Ascheberg in einem Schreiben an den LVEB, dass entgegen der Behauptung des Bundesversicherungsamtes der Spitzenverband der Pflegekassen seine Richtlinien im vergangenen Jahr nicht der „Rechtsprechung des Bundessozialgerichts angepasst“ habe, sondern diese Rechtsprechung verfälscht habe, was der bvkm bereits dargelegt habe. Der Spitzenverband habe sich 10 Jahre (!) nach dem im Schreiben zitierten Urteil des BSG von Jahre 2001 einfallen lassen, dieses falsch zu verstehen, um eine geänderte Methode zur Berechnung des häuslichen Pflegegeldes darauf zu stützen. Das Bundesversicherungsamt, das großzügig Nachzahlungen „aufsichtsrechtlich tolerieren“ würde, habe im letzten Jahr trotz seiner Rechtsaufsichtsbefugnisse nichts dagegen gehabt, die rechtswidrige Berechnungsmethode anwenden zu lassen.

RA Schulte – Loh, Ascheberg, weist darauf hin, dass die in dieser Sache angestregten Klageverfahren gute Aussicht auf Erfolg hätten. Er rät daher Eltern und Betreuern, soweit sie bisher keine Widersprüche gegen die Kürzungsbescheide erhoben haben, nunmehr – wenn dies noch nicht erfolgt sei – einen **Antrag auf Nachzahlung der durch die Neuberechnung gekürzten anteiligen Pflegegelder zu stellen**. Dabei könne man im Antrag auf eine Bescheidung durch die Pflegekassen solange verzichten, bis in den laufenden Verfahren ein rechtsgültiges Urteil ergangen sei. Jeder könne in seinem Antrag auf ein laufendes Verfahren beim Sozialgericht Düsseldorf mit dem Aktenzeichen SS 5 P 181/12 hinweisen. Durch einen solchen Antrag und dem Einverständnis mit dem Ruhen des Verfahrens würden keine einzuhaltenden Fristen versäumt. Wer allerdings noch ein Widerspruchsrecht habe, sollte Klage erheben.

Hierzu hat der bvkm einen Musterwiderspruch gegen die neue Berechnungsmethode unter [www.bvkm.de](http://www.bvkm.de) zum kostenlosen Download bereitgestellt

Inzwischen hat der Bundesrat das Pflege – Neuausrichtungsgesetz (PNG) und damit auch die Ergänzung zu § 38 um Satz 5 gebilligt. Danach haben Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, in denen sie sich in häuslicher Pflege (einschließlich An- und Abreisetag) befinden

**Dieser Anspruch trat bereits am 30. Oktober 2012 in Kraft.**

## **IX. Verlängerung des Anspruchs auf Kurzzeitpflege für junge Menschen mit Behinderung**

Kinder und Jugendliche mit Behinderung, die zu Hause gepflegt werden, hatten bisher einen Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer Einrichtung der Behindertenhilfe nur bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist bis auf die Vollendung des 25. Lebensjahres angehoben worden.

## **X. Urteil zum Eckregelsatz der Grundsicherung für der Zeit vom 01.01.2006 – 31.12.2010**

Fast zwei Jahre sind vergangen seit der Zeit, als es um den Eckregelsatz für Menschen mit Behinderung nach Vollendung des 25. Lebensjahres ging. Nach einem Urteil des BSG vom 23.03.2010 erhielt damals ein 25jähriger Arbeitsloser, der bei seiner Mutter lebte, den vollen Eckregelsatz des Haushaltsvorstands, obwohl er im Haushalt seiner Mutter lebte und bis dahin den Regelsatz eines Haushaltsangehörigen erhielt.

Nach dem Gleichheitsgrundsatz des Grundgesetzes stand dem Menschen mit Behinderung, der auf Grund seiner Behinderung Grundsicherung erhielt und das 25. Lebensjahr vollendet hatte, nach der damaligen Gesetzeslage ebenso der Regelsatz des Haushaltsvorstands von € 359.- bzw. nach der Erhöhung auf € 364.- zu, € 72.- bzw. € 77.- mehr.

Gem. § 44 SGB X hatte der behinderte Leistungsberechtigte seinerzeit Anspruch auf Nachzahlung der Differenzbeträge für 4 Jahre, also ab 01.01.2006, weil die Verjährungsfrist 4 Jahre betrug. Da eine Durchsetzung des Anspruchs wohl schwierig schien, wies der LVEB in einer Sonderinfo vom Dezember 2010 darauf hin, dass die Nachzahlung nicht ohne gerichtliche Klärung zu erreichen sei

Viele Anspruchsberechtigte haben bis zum 31.12.2010 Widersprüche eingelegt bzw. Klage erhoben. Die Widersprüche und Klagen sind weitgehend ruhend gestellt worden, bis anhängige Prozesse entschieden waren.

Ein Teil der Kommunen und Kreise haben auf die Widersprüche hin die unrechtmäßigen Grundsicherungsbescheide korrigiert und die Differenzbeträge erstattet. Nun ist zu diesem noch immer nicht abgeschlossenen Problem ein erstes uns bekannt gewordenes Urteil ergangen:

Das Sozialgericht Detmold hat am 04.09.12 (Az.: S 16 SO 327/11) die beklagte Sozialbehörde verurteilt, „die Bescheide hinsichtlich des Zeitraums ab dem 01.01.2006 zurückzunehmen und dem Kläger ab diesem Zeitpunkt bis zum 31.12.2010 Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB XII unter Berücksichtigung des Regelsatzes für den Haushaltsvorstand zu gewähren.“

Da dieses Urteil bis zu diesem Zeitpunkt nicht angefochten wurde, ist das Urteil rechtskräftig. Es können nun auf Grund dieses Urteils die ausstehenden Differenzbeträge eingefordert werden, sofern Anträge gestellt bzw. Widersprüche bis zum 31.12.2010 eingelegt worden sind. Wenn die Sozialbehörde nicht reagiert, ist unter Umständen

Wir weisen darauf hin, dass mit Wirkung vom 01.01.2011 durch eine Gesetzesänderung die Regelsätze und die Verjährungsfrist geändert worden sind. Menschen mit Behinderung, die in einer Haushaltsgemeinschaft leben, erhalten nun die Grundsicherung der Regelstufe 3. Die Verjährungsfrist ist auf ein Jahr beschränkt worden.

## **XI. Zur Abzweigung von Kindergeld – Nachweis der Aufwendungen**

Zur Frage der Nachweise für Aufwendungen, mit denen die Aufwendungen belegt werden können, hat der 7. Senat des Finanzgerichts München ein wichtiges Urteil gefällt (02.07.2012, 7 K 2320p/11).

Die Beklagte Familienkasse hatte einen Widerspruch der Klägerin (Mutter eines behinderten Sohnes) mit dem Argument zurückgewiesen, die Klägerin habe nur Kosten von € 97.- belegen können. Es seien bei der Ermessensentscheidung keine fiktiven Kosten für die Betreuung des Kindes zu berücksichtigen, sondern nur die tatsächlich entstandenen und belegmäßig nachgewiesenen Aufwendungen der Eltern, die nicht durch die Grundsicherung abgedeckt seien. Die Klägerin führte dazu u.a. aus: Der Mehrbedarf an Kleidung in Höhe von € 60.-, der nicht von der Grundsicherung gedeckt sei, sei zu berücksichtigen, ebenso Fahrtkosten von € 30.-, Taschengeld für Unterhaltungselektronik.

Gemäß §74 Abs.1 Satz 4 in Verbindung mit Satz 1 und 3 EStG könne – so das Gericht - eine Abzweigung nur dann erfolgen, wenn die Klägerin ihrer gesetzlichen Unterhaltspflicht nicht nachkomme, weil sie auf Grund der Leistungsunfähigkeit nicht unterhaltspflichtig sei oder nur Unterhalt in Höhe eines Betrages zu leisten brauche, der geringer sei als der normal auszahlende Betrag des Kindergeldes.

Bei der Ausübung des Ermessens sei der Zweck des Kindergeldes zu berücksichtigen. Das Kindergeld diene der steuerlichen Freistellung des Existenzminimums eines Kindes und, soweit es dafür nicht erforderlich sei, der Förderung der Familie (§ 31 S. 1 und 2 EStG).

Der Anspruch auf Kindergeld für ein volljähriges behindertes Kind hänge davon ab, ob es „außerstande sei, sich selbst zu unterhalten (§32 Abs.4 Satz 1 Nr.3 EStG)“. Wenn dessen eigenen finanziellen Mittel zur Abdeckung seines Lebensunterhalts nicht ausreichten, werde davon ausgegangen, dass den Eltern für das Kind Unterhaltsaufwendungen entstünden. Dabei gehöre neben dem allgemeinen Lebensbedarf (Grundbedarf) in Höhe des Existenzminimums eines Erwachsenen, zu dem z.B. auch Kontakte zur Familie, Teilnahme am kulturellen Leben und Erholung gehörten, und dem Mehrbedarf, der auch ergänzende persönliche Betreuungsleistungen der Eltern und Fahrtkosten umfasse. Zu berücksichtigen seien nur Aufwendungen, die den Eltern im Zusammenhang mit der Betreuung und dem Umgang mit dem Kind tatsächlich entstanden und glaubhaft gemacht worden seien.

Wenn ein behindertes Kind im Haushalt der Eltern lebe, sei glaubhaft, dass Aufwendungen entstünden, die über das monatliche Kindergeld hinausgehen würden. Dabei müsse der gesamte Bedarf berücksichtigt werden, also Wohnen, Essen, Kleidung, Freizeit, Kultur und Erholung. Diese Ausgaben könnten nicht deshalb gänzlich unberücksichtigt bleiben, weil das Kind Leistungen der Grundsicherung erhalte, die den Lebensbedarf abdeckten. Die Höhe dieser Leistungen sei auf **Sozialniveau begrenzt, den Eltern stehe es aber frei, erheblich mehr für ihr Kind aufzuwenden.** Und sie würden dies auch in der Regel tun. **Diese über das Niveau der Grundsicherung hinausgehenden Aufwendungen der Eltern**

seien im Rahmen des § 74 Abs.1 EStG zu berücksichtigen und zwar auch dann, wenn sie Bedarfsrubriken angehörten, für die Grundsicherung gewährt werde.

Es entspreche auch einer sachgerechten Ermessensausübung, von einem Einzelnachweis der getätigten Aufwendungen durch die Eltern abzusehen. Hinzu käme, dass der Kindergeldberechtigte und das in seinem Haushalt lebende behinderte Kind im Regelfall „aus einem Topf wirtschafteten“, so dass eine eindeutige Trennung zwischen dem Aufwand für das behinderte Kind und demjenigen der übrigen Haushaltsmitglieder praktisch kaum durchführbar sei. Insbesondere sei eine Aufteilung nach Köpfen nicht immer sachgerecht. Es bliebe nämlich unberücksichtigt, dass gerade wegen der Behinderung Kosten entstünden, die für andere Haushaltsmitglieder nicht anfallen würden. In Abzweigungsfällen liege regelmäßig ein unvollständig aufgeklärter Sachverhalt vor. In dieser Situation entspräche es jedenfalls pflichtgemäßem Ermessen, eine generelle Vermutung aufzustellen, wie es in Abschnitt 74.1.2 Abs. 2 Satz DA-Fam. EStG erfolgt sei. Der gesetzlich vorgegebene Zweck, über die Freistellung des Existenzminimums hinaus die Familien durch die Gewährung des Kindergeldes zu fördern, sei ebenfalls zu beachten.

Unsere Anmerkung: Mit dieser umfassenden Begründung versucht das Finanzgericht München der wirklichen Situation der Familien mit behinderten Kindern gerecht zu werden. Der Begründung des Urteils ist nichts mehr hinzuzufügen.

**Allerdings möchten wir allen Kindergeldberechtigten empfehlen, das Sammeln von Belegen nicht zu unterlassen, um im gegebenen Fall einen Widerspruch oder gar eine Klage zu vermeiden.**

## XII. Rechengrößen der Sozialversicherung für das Jahr 2013

| Nr. | Gesamtübersicht Rechengrößen 2012                          | Alte Bundesländer            |
|-----|--|------------------------------|
| 1   | Durchschnittsentgelt in der Rentenversicherung             | 32.340.- Euro im Jahr        |
| 2   | Bezugsgröße in der Sozialversicherung                      | ... 2.695.- Euro im Monat    |
| 3   | <b>Bezugsgröße für KV und PV ( § 18 Abs. 1 SGB IV )</b>    | <b>2.695.- Euro im Monat</b> |
| 4   | <b>davon 80 % (wichtig für die RV in den Werk-stätten)</b> | <b>2.156.- Euro im Monat</b> |
| 5   | <b>davon 20 % (wichtig für die KV in den Werkstätten )</b> | <b>539.- Euro im Monat</b>   |

|   |  |                           |
|---|--|---------------------------|
| 6 | <b>Zuschlag in der Pflegeversicherung: 0,25 % von Nr. 5<br/>(von den Werkstattbeschäftigten zu tragen)</b> | <b>1,35 Euro im Monat</b> |
| 7 | Beitragsbemessungsgrenze bei der Rentenversicherung  | 5.600.- Euro im Monat     |
| 8 | Jahresentgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze in der<br>Gesetzlichen Krankenversicherung )               | 50.851.- Euro im Jahr     |

Wie aus der Tabelle hervorgeht, wurden die Beträge in der Sozialversicherung zum 01.01.2013 erhöht. Ursache hierfür ist das höhere Durchschnittsentgelt aller Beschäftigten jeweils in der alten BRD und in den Ostgebieten. So errechnet sich auch eine höhere monatliche Summe für die Bezugsgröße. Für behinderte Werkstattbeschäftigte bilden 80% dieser Summe die Grundlage für den Rentenversicherungsbeitrag, 20% für den Krankenkassenbeitrag. Beide Beiträge trägt der übergeordnete Sozialhilfeträger (LVR bzw. LWL)

### **XIII. Zum Wahlrecht bei Menschen mit geistiger Behinderung**

Auf Grund eines Urteils des BVerfG musste das Wahlgesetz geändert werden. Trotz vieler Bemühungen nicht gelungen, allen Menschen mit Behinderung das Wahlrecht gesetzlich zuzusprechen. Leider blieb es der Formulierung in den Wahlgesetzen des Bundes und der Länder, dass Menschen, die „in allen Angelegenheiten unter Betreuung stehen“, kein Wahlrecht haben, obwohl ihnen auf Grund der UN – BRK das Recht auf Beteiligung an allen Veranstaltungen des öffentlichen Lebens zuerkannt wird und damit auch das Recht zu wählen zu fordern ist.

### **XIV Die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe**

Schon mehrfach ist in den Infos des LVEB davon berichtet worden, dass vor allem die Länderregierungen wegen der steigenden Kosten der Eingliederungshilfe an die Bundesregierung mit der Forderung herangetreten sind, die Eingliederungshilfe neu zu gestalten und die Kosten auf den Bund zu übertragen. (Die Eingliederungshilfe dient vor allem dazu, die Kosten für die Werk- und Wohnstättenplätze zu finanzieren.)

Für dieses Vorhaben ist von der ASMK (Arbeits- und Sozialministerkonferenz) die Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ gebildet worden. Sie hat die Aufgabe unter Berücksichtigung der Inklusion, Mittel und Wege zur Kostendämpfung zu finden und dazu einen entsprechenden Vorschlag zu erarbeiten. Ein diesbezügliches Arbeitspapier (ASMK II Papier) hat die Arbeitsgruppe am 22. Oktober Vertretern der Behindertenverbände vorgelegt. Nach allgemeiner Beurteilung ist dieses Papier noch weitgehend unfertig geblieben. Zum einen enthält es grundsätzliche Ziele, die mit einem neuen Gesetz erreicht werden sollen, zum anderen bringt es zu SGB IX und SGB XII bereits neue bzw. veränderte Gesetzesformulierungen. Sie zeigen zum Teil sehr deutlich, welche Absichten mit dem neuen Gesetz verfolgt werden, die, wenn sie in dieser Form beibehalten werden, nach unserer Ansicht in wichtigen Teilen vor allem für Menschen mit kognitiven und mehrfachen Behinderungen und deren Werkstätten zu sehr abträglichen Folgen führen. Zu einem Gesetzentwurf wird es - so die Mitteilung des Bundesarbeits- und Sozialministeriums - in dieser Legislaturperiode jedoch nicht mehr kommen. Dadurch darf man

sich aber nicht dazu verleiten lassen, sich in Sicherheit zu wiegen, und die Hände in den Schoß legen.

Grundsätzlich will man von folgenden Prinzipien ausgehen:

- In der folgenden Legislaturperiode wird ein **Bundesleistungsgesetz** erarbeitet und in Kraft treten. Es soll die bisherigen rechtlichen Vorschriften der Eingliederungshilfe in SGB IX und SGB XII ablösen.
- Die Leistungen der Eingliederungshilfe sollen sich nicht mehr auf die Einrichtungen (z. B. Werk- und Wohnstätten) beziehen (einrichtungszentriert), sondern sich nach dem Bedarf des Leistungsberechtigten richten (**personenzentriert**). Die Einteilung in ambulante, teilstationäre oder stationäre Leistungen wird dann überflüssig und entfallen.
- Es soll ein **Verfahren** entwickelt werden, das den Menschen mit Behinderung ganzheitlich erfasst, ihn aktiv einbezieht und sein **Wunsch- und Wahlrecht** respektiert.
- Die gesamte Planung soll trägerübergreifend und umfassend nach **bundeseinheitlichen Maßstäben** erfolgen.
- Leistungen der **Eingliederungshilfe und zum Unterhalt** sollen grundsätzlich getrennt werden

Diese Prinzipien sind – für sich betrachtet – durchaus anerkennenswert, wenn sie denn auch konsequent in einem ausgearbeiteten Gesetzesverfahren umgesetzt werden, das den Belangen unserer Betreuten Rechnung trägt.

Wenn man einmal die Entwicklung von Werk- und Wohnstätten in den letzten Jahrzehnten betrachtet, so darf man sicher zurecht sagen, dass in der BRD große Fortschritte erzielt worden sind und die Qualität der Behinderteneinrichtungen einen recht beachtlichen Standard erreicht hat. Hält man sich vor Augen, wie Werkstätten und Wohnstätten aussahen, welche Möglichkeiten sie den Menschen mit Behinderungen boten und welche finanzielle Unterstützung ihnen vor einigen Jahrzehnten gewährt werden konnte, so wird man verstehen, dass Eltern und Angehörige Änderungen kritisch gegenüber stehen, die das durch die Gesetze BSHG – SGB IX – SGB XII – und die WVO Erreichte infrage stellen, und nicht bereit sind, den augenblicklichen Standard aufs Spiel zu setzen.

In einer INFO können nun nicht alle kritisch zu bewertenden Aussagen des ASMK II Papiers dieses Umfangs besprochen werden. Auf einige wesentliche Punkte soll jedoch hier aufmerksam gemacht werden.

Im Einzelnen ist Folgendes geplant:

- Die **Gesamtverantwortung** für die Steuerung der Teilhabeleistungen soll bei den Sozialhilfeträgern liegen.

Diese Bestimmung muss im Zusammenhang mit anderen Punkten des Papiers gesehen werden: u.a. der Abschaffung des Fachausschusses und dem Kriterium der „Angemessenheit der Maßnahme“. Zunächst muss festgestellt werden, dass an nur einer Stelle des Papiers im



Teilhabeverfahren ausdrücklich von einer Möglichkeit für die Betroffenen die Rede ist, ihr Wunsch- und Wahlrecht auszuüben (§ 58a).

- Es wird von „anderen Leistungsanbietern“ gesprochen. Sie werden deutlich von den Werkstätten unterschieden. Während die Werkstätten eindeutig auf die **Zugangsvoraussetzungen** verwiesen sind, dass der Mensch mit Behinderung „nicht, noch nicht oder noch nicht wieder wegen seiner Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein kann“, wird bei den anderen Anbietern darauf verzichtet „Das Angebot eines anderen Leistungsanbieters kann sich (sogar) auf einzelne Leistungen zur beruflichen Bildung oder Beschäftigung beschränken.“ „Das Angebot einer nach § 142 SGB IX anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen muss (demgegenüber) alle Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 umfassen.“
- Eine grundsätzliche Auseinandersetzung mit dem **„arbeitnehmerähnlichen Rechtsstatus“** fehlt. Wenn die Behinderungen demnach ausgeglichen werden können, erübrigt sich eine solche Sonderung. Um dies aber zu erreichen, müssen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Voraussetzungen geschaffen werden, die eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen. Wer behinderte Werkstattbeschäftigte kennt, wird die mögliche Realisierung dieser Absicht sehr bezweifeln.
- Der **Fachausschuss** soll abgeschafft werden. Entscheidungen treffen die Leistungsträger. Den Leistungserbringern und damit auch der WfbM bleibt nur die Pflicht einer Stellungnahme. Sie sollen sich allein auf Dienstleistungen beim Zugang und der Steuerung konzentrieren. Es bleibt unklar, wie wertvolle Erfahrungen und Erprobungen des Eingangsverfahrens und des Berufsbildungsbereiches bei der Festlegung der Teilhabeleistung berücksichtigt werden. Eine wertvolle zusätzliche Beratungskompetenz entfällt und ebenso eine Instanz, die bei Konflikten vermitteln und unterstützen könnte.
- Das **„Wunsch- und Wahlrecht“** wird weiterhin wie bisher mit einem `Kostenvorbehalt`, nämlich der „Angemessenheit“ des Wunsches beschränkt. Im Sinne des Rechts auf Selbstbestimmung wird aber schon in § 9 SGB IX für das Wunsch- und Wahlrecht von „berechtigten Wünschen“ ohne Einschränkung gesprochen. Eine „Angemessenheit“ im Sinne einer finanziellen Begrenzung kennt SGB IX nicht.
- Neben der Werkstatt für Menschen mit Behinderung soll es noch – wie oben dargelegt – **„andere Anbieter“** geben, an die offenbar geringere Anforderungen als an Werkstätten gestellt werden. Die Länder (bundeseinheitlich?) sollen hierzu über die fachlichen Voraussetzungen befinden. Die Befürchtung drängt sich auf, dass es dabei im Letzten um eine Konkurrenz zur WfbM geht, die die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben billiger anbietet. Wenn andere Leistungsangebote für behinderte Werkstattbeschäftigte von gleicher Qualität wie die der WfbM sein sollen – und das müssen sie – müssen an sie dieselben Anforderungen gestellt werden. Dies ist bundeseinheitlich zu regeln. Darüber hinaus stellt sich die Frage, wer die „anderen Anbieter“ sein sollen und wie sie sich von den Integrationsbetrieben und der Unterstützten Beschäftigung unterscheiden.
- Gemäß § 39 Abs. 1 ( SGB IX n.F.) wird weiterhin für die Förderung zur Teilhabe am Arbeitsleben der Menschen mit Behinderung gefordert, dass er **„wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung“** erbringt. Lag schon dieser unbe-

stimmten Formulierung ein Bemühen zugrunde, möglichst wenige Menschen mit Behinderung durch eine feste Begrenzung von der Teilhabe am Arbeitsleben auszuschließen, so fordert die UN – BRK nun die Beseitigung jeder Beschränkung zur Teilhabe am Arbeitsleben. Eine Segregation, wie sie außer in NRW in Tagesförderstätten üblich ist, ist nun nicht mehr zu rechtfertigen und hat in einem Bundesleistungsgesetz seine Berechtigung verloren.

- Damit die Leistungsberechtigten ihre Rechte und Ansprüche geltend machen und die individuellen Unterstützungen zu ihrer Erreichung einfordern können, ist Beratung und Hilfe vor der Feststellung eines Leistungsanspruchs nötig. Zu dem Verfahren kann er eine Vertrauensperson hinzuziehen. Insoweit dürfte seine **Beteiligung am Allokationsprozess** (Hilfeplanung, -ermittlung und -feststellung) gesichert sein. Wieweit er in der Entscheidung des Sozialhilfeträgers „**aktive Einbeziehung**“ erfährt, lässt sich aus den Formulierungen jedoch nicht entnehmen.
- Für die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung wird schließlich dem Sozialhilfeträger beim Verfahren zur Erstellung des Gesamtplans die **Steuerungskompetenz** zugewiesen (§ 58 ff SGB XII). Die Leistungsträger können sich zwar auf einen Beauftragten einigen. Kommt es zu keiner Einigung, wird dem Sozialhilfeträger die Rolle des Beauftragten übertragen. Er hat die Stellungnahmen über Bedarf, Umfang, Dauer der Leistung und Zielvereinbarungen entgegenzunehmen.  
Besteht dringender Bedarf, so kann er die Leistungen sogar ohne Einigung mit den übrigen Leistungsträgern erbringen. Dies verdeutlicht die **beherrschende Stellung des Sozialhilfeträgers**.
- Bedenklich ist auch das **Fehlen einer klaren Trennung von Finanz- und Fachverantwortung**. Desgleichen dürfen nicht in jedem Falle die Rechtsmittel des Widerspruchs oder der Klage gegen den Leistungsträger gerichtet sein, vor allem wenn offensichtlich ist, dass die Verantwortung für den Klagegrund beim Sozialhilfeträger zu suchen ist.
- Die Leistungen, die lt. Gesamtplan zu erbringen sind, dürfen sich inhaltlich nicht nur auf das sechste Kapitel beziehen. Sie müssen sich auch das **siebten bis neunten Kapitel** erstrecken  
können, da manche Menschen mit Behinderung Leistungen aus den genannten Kapiteln benötigen.
- Über die Bedarfsfeststellung hinaus, die Leistungsart und die Bestimmung der Teilhabeziele hinaus sollen auch Maßstäbe und Kriterien für **eine Wirkungskontrolle** festgelegt werden. Im Grundsatzpapier fehlt jedoch die Angabe, was geschieht bzw. was dem Betroffenen geschieht, wenn die vereinbarten Ziele nicht erreicht wurden.
- Positiv zu bewerten sind die **Zusatzleistungen, der Mehrbedarf**, wozu nun auch das Mittagessen in der Werkstatt zählen soll. Kritisch muss angemerkt werden, dass der Mehrbedarf **nicht höher als der Regelbedarf** sein soll. Wie sich diese Begrenzung erklärt, wird nicht erläutert. Der Mehrbedarf wird beispielsweise höher sein als der Regelbedarf, wenn die Anschaffung einer Wohnungsinfrastruktur, die auch zum Mehrbedarf gehören kann, unter diesem Bedarf fällt.

- Unverständlich ist, dass die **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** und zur Teilhabe am Arbeitsleben **nicht als Leistungen zum Leben in der Gemeinschaft** gezählt werden. Alle diese Leistungen werden unabhängig voneinander erbracht und sind nicht gegenseitig anrechenbar. Das sollte nicht dazu führen, dass sich Kostenträger zu Ungunsten anderer seinen finanziellen Verpflichtungen entzieht.
- Die Einrichtungsbezüge sind weggefallen. Infolgedessen fehlt eine besondere Regelung der Bezüge für **betriebsnotwendige Anlagen**. Sie müssen in Zukunft bei den Vergütungen berücksichtigt werden.
- Nicht nur bei Einrichtungen des Ambulant Betreuten Wohnens, sondern auch bei Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung ist es notwendig, dass **Qualitätsprüfungen** einen Tag vorher angekündigt werden, damit die Bewohner darauf vorbereitet werden können.
- In den bisher bekannten Texten **fehlt jeder Hinweis auf Vertretungen** derer, die sich selbst nicht vertreten können. So wird weder Behindertenverbänden noch von Verbänden ihrer unmittelbaren Vertreter gesprochen. Desgleichen sind für die Nutzer von Einrichtungen irgendwelche Zusammenschlüsse konkret benannt noch ihre Aufgaben näher beschrieben worden. Sind Beiräte nicht mehr nötig?

Alles in Allem: Das Nebeneinander grundsätzlicher Aussagen und bereits neu formulierter Texte einzelner Paragraphen bis hin zu konkreten Einzelbestimmungen und unscharfen Rechtsbegriffen hinterlässt den Eindruck, dass vieles wenig durchdacht, einiges widersprüchlich stehen gelassen wurde und zu wenig auf Realisierungsmöglichkeit hin geprüft wurde. Dem wollen Eltern, Angehörige und gewiss auch gesetzliche Betreuer Bewährtes nicht opfern. So sind „Menschen mit Behinderungen und ihre Interessenvertreter/-innen gefordert, die zukünftigen Reformschritte weiterhin wachsam zu verfolgen.“ So Frau Antje Welke in RdL Nr.4/12 S.163

Weitere Stellungnahmen zum ASMK II Papier: RdL Nr. 4/12 S. 159ff; Stellungnahme der BAG – WfbM [info@bagwfbm.de](mailto:info@bagwfbm.de); Stellungnahme des Deutschen Caritasverbandes, Freiburg/Berlin, Kontakt [elisabeth.fix@caritas.de](mailto:elisabeth.fix@caritas.de); Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände e.V. Oranienburgerstr.13-14 D-10178 Berlin

## **XV. Nachrichten aus dem LVEB**

In der Jahresversammlung des LVEB am 5. Mai 2012 wurden bei der Änderung der Satzung beschlossen, dass in Zukunft es neben dem Vorsitzenden drei Stellvertreter geben sollte. Auf der Sitzung vom 22. September in Gescher wurde neben Herrn Meyer, der bereits als Stellvertreter gewählt war, zwei Frauen als weitere Stellvertreterinnen gewählt und zwar

Frau Ursula Holz aus Herkenrath. Sie ist Vorsitzende des Eltern- und Angehörigenbeirats der  
Werk- und Wohnstätten der Lebenshilfe Aachen.  
Ihre Adresse: Kopernikusstr.1  
52134 Herzogenrath  
Tel.: 02407/9045496

Frau Elisabeth Bugrell aus Wuppertal. Sie ist Vorsitzende des Eltern-und Angehörigenbeirats der Werk- und Wohnstätten der Lebenshilfe Wuppertal.

Ihre Adresse: Moritzsztr.21  
42117 Wuppertal  
Tel.:0202/5144442

## **XV. Pflegeversicherung – Nachrang der Eingliederungshilfe?**

Diese Nachricht erreichte uns nach dem Abschluss der INFO. Sie erscheint uns immerhin so wichtig, dass wir sie noch angehängt haben. Hier handelt es sich um einen Versuch einer Sozialbehörde, mit Hilfe der Nachrangbestimmung Kosten zu sparen.

Der Landkreis Diepholz forderte Leistungsberechtigte der Pflegestufen 0, I und II, die ambulante Eingliederungshilfe nach SGB XII erhalten, auf, durch den MDK im Rahmen einer Begutachtung die fehlende Alltagskompetenz für den notwendigen Betreuungsaufwand feststellen zu lassen. Anlass hierzu seien die erheblich verbesserten Leistungen der Pflegeversicherung für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ab dem 01.01.2013. Bevor den Leistungsberechtigten „künftig ambulante Eingliederungsleistungen“ gewährt werden könnten, müsse feststehen, „ob Pflegeversicherungsleistungen erbracht werden könnten. Deshalb sei umgehend von ihnen ein Antrag auf Pflegeeinstufung zu stellen. Ab 2013 sei nur der Bedarf zu berücksichtigen, der von den Leistungen der Pflegeversicherung nicht abgedeckt sei.

In einer Schreiben weist Staatssekretärin Frau Dr. Annette Niederfranke vom BMAS darauf hin, dass das Verhältnis zwischen den Leistungen der Eingliederungshilfe und den neuen Leistungen der häuslichen Betreuung in der Begründung zu § 124 SGB XI in folgender Weise angesprochen wird: „Keine häusliche Betreuung im Sinne dieser Vorschrift sind Fahrdienste und Hilfen bei der schulischen und beruflichen Eingliederung. **Leistungen der Eingliederungshilfe bleiben durch die Einführung dieser Regelung (PNG) unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig.**“

**( und deshalb nebeneinander zu gewähren.)**

Am Ende so vieler sozialrechtlicher Themen bleibt dem LVEB nur noch die angenehme Pflicht, Ihnen und Ihren Familien ein gutes, glückliches und gesundes Jahr 2013 zu wünschen.

Ihr LVEB

Stand: Januar 2013

## Abkürzungen:

|               |   |
|---------------|---|
| BA            | Bundesagentur für Arbeit  |
| BAGüS         | Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Sozialhilfeträger             |
| BBB           | Berufsbildungsbereich   |
| BMAS          | Bundesarbeits- und sozialministerium                                  |
| BFH           | Bundesfinanzhof   |
| BGH           | Bundesgerichtshof   |
| BVerfG        | Bundesverfassungsgericht  |
| bvkm          | Bundesverband der Körper- und mehrfach Behinderten                    |
| DAESTG        | Dienstanweisung zum Einkommensteuergesetz                             |
| EABB          | Eltern-, Angehörigen- und Betreuerbeirat                              |
| EStG          | Einkommensteuergesetz   |
| GEZ           | Gebühreneinzugszentrale   |
| GSiG          | Grundsicherungsgesetz   |
| LSG           | Landessozialgericht   |
| LT            | Landtag   |
| LVA           | Landesversicherungsanstalt  |
| LVEB          | Landesverband der Eltern-, Angehörigen- und Betreuerbeiräte           |
| LVR           | Landschaftsverband Rheinland  |
| LWL           | Landschaftsverband Westfalen – Lippe                                  |
| MDK           | Medizinischer Dienst der Krankenkassen                                |
| PflegeVG      | Pflegerversicherungsgesetz  |
| PNG           | Pflegen - Neuausrichtungsgesetz                                       |
| PflWG         | Pflegeweiterentwicklungsgesetz  |
| RdL           | Rechtsdienst der Lebenshilfe  |
| SG            | Sozialgericht   |
| SGB a.F./n.F. | Sozialgesetzbuch alte Fassung bzw. neue Fassung:                      |
| SGB III       | Sozialgesetzbuch: Arbeitsförderung                                    |
| SGB V         | Sozialgesetzbuch V: Gesetzliche Krankenversicherung                   |
| SGB VII       | Sozialgesetzbuch VII: Gesetzliche Unfallversicherung                  |
| SGB IX        | Sozialgesetzbuch IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen |
| SGB XI        | Sozialgesetzbuch XI: Pflegeversicherung                               |
| SGB XII       | Sozialgesetzbuch XII: Sozialhilferecht                                |
| VO            | Verordnung  |
| WTG           | Wohn- und Teilhabegesetz NRW  |
| WVO           | Werkstätten Verordnung  |