

Ausgabe 6



THEMA

GESETZLICHE VERÄNDERUNGEN

IM SPIEGEL DER PRAXIS



» *Es bringt die Zeit ein anderes Gesetz.* «

Friedrich von Schiller
(Zitat aus *Wilhelm Tell*)





EDITORIAL

» Liebe Leserin, lieber Leser,

in der vergangenen Legislaturperiode hat der Gesetzgeber zahlreiche Gesetze u. a. zur Stärkung und Weiterentwicklung von Teilhabe, Pflege, Palliativpflege und psychiatrischer Krankenhausversorgung beschlossen. Aber wer stärkt hier wen? Wer bleibt mit den neuen Regelungen auf der Strecke? Und was bedeuten die neuen Gesetze für unsere professionelle diakonische Arbeit? Diesen komplexen Fragen haben sich unsere Autorinnen und Autoren gewidmet, bei denen ich mich herzlich für ihr Engagement bedanke.

Die neuen Regelungen verbessern die Position der KlientInnen und PatientInnen erheblich, stellen sie doch die Person, ihren Anspruch auf umfassende Teilhabe und ihre Wahlmöglichkeiten in den Mittelpunkt mit der Kernfrage, wie und wo will ich unterstützt werden: zu Hause oder in einer Einrichtung (Krankenhaus, Heim, Hospiz) oder bezogen auf den Arbeitsplatz: auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder auf einem geschützten Arbeitsplatz? **Zweifelsohne greifen die neuen gesetzlichen Regelungen die fachlichen Erkenntnisse und die demografische Entwicklung positiv auf.**

Folgt aber die Ökonomie diesen Herausforderungen? Das ist noch nicht deutlich erkennbar, da die Formulierung der neuen Rahmenbedingungen und Standards vor allem zukünftigen Ausgestaltungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern überlassen wird.

Keine Klientin, keine Patientin und kein Mitarbeitender darf uns in diesen Umgestaltungsprozessen verloren gehen. Unsere Aufgabe wird es sein, Fachlichkeit, Personalentwicklung und Ökonomie derart zu vereinen, dass trotz aller Budgetherrschaft am Ende tatsächlich der Wille der KlientInnen und PatientInnen zum Leitgedanken in der Ausgestaltung der Unterstützungsleistung wird.

Ihr

Prof. Dr. Ingmar Steinhart

Inhalt dieser Ausgabe:

- | **Seite 4** Reformwille festgeschrieben:
Der Entstehungsweg des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)
- | **Seite 6** Pflegestärkung?
Eine vorläufige Bewertung aus der Praxis
- | **Seite 10** Diakonie –
Seismograf und Gestalterin des Sozialen
- | **Seite 14** Das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) –
Aktueller Stand der Umsetzung in Deutschland
- | **Seite 16** Werkstättenmitwirkungsverordnung (WMVO) –
Was hat sich in proWerk geändert?
- | **Seite 20** Welche Ziele und Inhalte hat das
Bundesteilhabegesetz (BTHG)?
- | **Seite 24** Gesetzliche Veränderungen und ihre Folgen –
Eine Einschätzung aus ökonomischer Perspektive
- | **Seite 26** Das neue Entgeltsystem –
Mögliche Auswirkungen in der (teil-)stationären
Psychiatrie und Psychosomatik auf die Patienten-
versorgung – Quo vadis?
- | **Seite 28** Gerechtigkeit, christliche Ethik und Sozialrecht –
Wie passt das zusammen?

REFORMWILLE FESTGESCHRIEBEN:

DER ENTSTEHUNGSWEG DES BUNDESTEILHABEGESETZES (BTHG)



» Ein Gesetz entsteht nicht von heute auf morgen. Da braucht es Menschen, die wollen, dass sich etwas ändert. Da braucht es Menschen, die ihre Ideen öffentlich äußern. Und schließlich braucht es eine Regierung, die sich ihren Aufgaben stellt. So war es auch mit der Entstehung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG). Doch wie kann man sich das genauer vorstellen?

Mit dem BTHG, das Ende 2016 verabschiedet wurde, soll das deutsche Recht der Eingliederungshilfe im Licht der UN-Behindertenrechtskonvention weiterentwickelt werden. Damit folgt die Bundesregierung ihren internationalen Verpflichtungen und einem Trend, der sich nachhaltig um Menschenrechte, Diskriminierungsschutz und den Zusammenhalt von Gesellschaften dreht. Dieser

Trend steht international wie national in einer permanenten Spannung zu wichtigen gesellschaftlichen Themen wie z. B. Rente und Pflege im Alter sowie anderen Trends wie weiterer Ökonomisierung und Globalisierung. **Mit der UN-Behindertenrechtskonvention ist ein wesentlicher Treiber der Reform der Eingliederungshilfe identifiziert.**

Gleichzeitig geht es um einen finanziellen Lastenausgleich zwischen Bund, Ländern und Kommunen. Lange haben die Länder beklagt, dass sich der Bund gar nicht an den Kosten der Eingliederungshilfe (immerhin ca. 15 Mrd. € je Jahr) beteiligt hat. Verknüpft mit dem Abschluss der Teilhabegesetzgebung werden nun jährlich 5 Mrd. € an die Kommunen fließen.

Weder die Länder und Sozialhilfeträger noch die Interessenvertretungen und Verbände der Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung hatten es in den vergangenen Legislaturperioden vermocht, die Eingliederungshilfereform gegen die Blockade der Bundesregierung auf die politische Tagesordnung zu heben. Über viele Jahre hinweg hatte die Konferenz der Arbeits- und Sozialminister der Bundesländer hier Impulse gegeben und Hoffnungen geweckt („ASMK-Prozess“). Parallel haben die Verbände und Interessenvertretungen der Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung ihre Anforderungen an eine Reform deutlich gemacht. Es ist anzuerkennen, dass die **Bundesregierung der 18. Legislaturperiode** in ihrer Koalitionsvereinbarung festgelegt hat, ihre nationalen und internationalen Verpflichtungen in diesem Zusammenhang ernst zu nehmen. **Sie hat die lange überfällige Reform durchgeführt.**

Der Weg der Beteiligung – Fragestellungen finden Gehör

Ein öffentlich nachvollziehbares, transparentes Beteiligungsverfahren, wie es vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) zum BTHG durchgeführt wurde, hat es zuvor nicht gegeben. Die Interessenvertretungen und Verbände ebenso wie die Länder, die kommunale Familie und die Sozialleistungsträger sowie wichtige gesellschaftliche Akteure (u. a. Arbeitgeber, Gewerkschaften) waren von Beginn an einbezogen. Eine hochrangige Arbeitsgruppe hat von Juli 2014 bis April 2015 in neun Sitzungen zu unterschiedlichen Fragestellungen in monatlichem Rhythmus Kernfragen des neuen Rechts diskutiert. In diesem Prozess konnten die Beteiligten relevante Gesichtspunkte einbringen und Vorschläge machen. Sprecher für die Fachverbände für Menschen mit Behinderung war Michael Conty aus den v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel vom Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe (BeB). Die Themen und die Diskussionen der AG Bundesteilhabegesetz waren jederzeit im Internet nachvollziehbar, und der Abschlussbericht zur ersten Bearbeitungsphase ist seit Sommer 2015 ebenfalls dort abrufbar.¹

¹ http://www.gemeinsam-einfach-machen.de/BRK/DE/StdS/Bundesteilhabegesetz/bundesteilhabegesetz_node.html



Weitere Konsultationen mit den Ländern und den Kommunalverbänden wie auch mit den Verbänden der Menschen mit Behinderung zu streitigen Fragestellungen wurden durchgeführt, und viele formelle und informelle Treffen und Diskussionsrunden haben stattgefunden. Ein Referentenentwurf für das umfangreiche Gesetzgebungswerk forderte Stellungnahmen aller Interessengruppen ein und nahm letztmalig Einfluss auf die Vorarbeit des BMAS. Nach abschließender Abstimmung mit den anderen Bundesministerien wurde dann der Regierungsentwurf dem Bundestag vorgelegt.

Es gilt seit Langem der Grundsatz, dass noch kein Gesetzentwurf das Parlament so verlassen hat, wie er hineingegangen ist. **Die politische Diskussion mit und zwischen den Parlamentarierinnen und Parlamentariern hat – begleitet von öffentlichkeitswirksamen Protesten – wichtige Aspekte des Regierungsentwurfs noch einmal infrage gestellt und weiterentwickelt.** Letztlich hat eine fraktionsübergreifende Arbeitsgruppe aus dem Bundestagsausschuss für Arbeit und Soziales von CDU/CSU und SPD (wichtigste Akteure: Herr Schiewerling (CDU), Frau Dr. Freudenstein (CSU) und Frau Tack (SPD)) zahlreiche Änderungen zum Regierungsentwurf eingebracht und so die abschließende Fassung entwickelt, die dann im Bundestag und Bundesrat im Dezember 2016 verabschiedet wurde: **Ob damit erreicht wird, was wichtig ist, muss die Praxis zeigen.**



Michael Conty
Geschäftsführer, Projektleitung

Einrichtung / Bereich:
Stiftung Bethel – Projekt „Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)“

Expertenwissen:
Bundesteilhabegesetz

➤ PFLEGESTÄRKUNG?

EINE VORLÄUFIGE BEWERTUNG AUS DER PRAXIS



» Nach 2016 – dem Jahr der Vorbereitung auf die größte Reform der Pflegeversicherung (SGB XI) seit ihrer Einführung – und 2017 – dem Jahr eins der konkreten Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes – soll ein erstes, vorläufiges Resümee gezogen werden.

Zielsetzung der Reformgesetze

Die Bundesregierung hatte bereits im Koalitionsvertrag der 18. Legislaturperiode¹ die Verbesserung der Situation der pflegebedürftigen Menschen und die Aufwertung der Pflegeberufe als ein wesentliches Ziel ihrer Politik angekündigt. Es war gewollt, dass mehr Menschen Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, die Versorgung individueller und passgenauer gestaltet und insbesondere die Versorgung der Demenzkranken verbessert werden sollte. Hierbei sollte der Grundsatz „ambulant vor stationär“, u. a. durch Stärkung der ambulanten Pflege, konsequent weiter vorangetrieben werden. Wesentliche Elemente, die sich dann tatsächlich in den verabschiedeten Reformgesetzen der 18. Legislaturperiode (Pflegerstärkungsgesetze I, II und III)² wiederfinden, sind die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, eine neue Begutachtungssystematik, ein wissenschaftlich begründetes Personalbemessungsverfahren und ein Neuansatz für die Pflegekostenvereinbarungen (sog. Pflege-TÜV). Darüber hinaus die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Versorgungsplanung, Maßnahmen gegen Abrechnungsbetrug und die Verhältnisbestimmung zur Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege.



Auswirkungen der Reformgesetze

Nach einem Jahr Anwendung des neuen Begriffes der Pflegebedürftigkeit und drei Jahre nach dem Inkrafttreten des ersten Pflegestärkungsgesetzes, lassen sich mittlerweile deutliche Wirkungen und Auswirkungen der Reformgesetze in der Praxis der Einrichtungen erkennen. Einige wesentliche Aspekte seien genannt:

Die Träger stationärer, teilstationärer (Alten-)Pflegeeinrichtungen und ambulanter Dienste haben die Vorlaufzeit der Reform in 2016 in der Regel gut genutzt, um die Bereiche auf die tiefgreifenden Änderungen vorzubereiten. Von EDV-Systemfragen über die zukünftige Rechnungsstellung bis hin zur Neugestaltung der Pflegedokumentation, aller Pflegeverträge und bisher genutzter Formblätter mussten noch viele weitere Fragestellungen systematisch bearbeitet werden. Nicht zu unterschätzen war und ist bis heute der **erhebliche Aufwand für die Fortbildung der Mitarbeitenden** zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der in der jetzigen Reform der Pflegeversicherung einen Schlüsselbegriff und Paradigmenwechsel darstellt.

Kritisch sei angemerkt, dass die für die o. g. Umstellung investierte Arbeitszeit an keiner Stelle einen refinanzierten Ausgleich erfuhr, sondern ausschließlich mit bekanntermaßen in der Altenhilfe mehr als knappen „Bordmitteln“ zu bewältigen war und noch ist. Umso ärgerlicher und für Altenhilfeträger kaum nachvollziehbar ist, dass sich – trotz der einjährigen Vorlaufzeit – der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) und die Pflegekassen nicht in entsprechender Weise vorbereitet haben. **Erstbegutachtung durch den MDK und Bescheiderteilung durch die Pflegekasse ziehen sich in vielen Fällen über mehrere Monate hin**³. Das erschwert die Personalsteuerung und die ökonomische Steuerung⁴ in den Pflegeeinrichtungen erheblich.

Mit den drei Reformgesetzen werden – und dies ist so beabsichtigt – niedrigschwellige, ambulante und teilstationäre Angebote und Leistungen im Vergleich zur stationären Hilfe eindeutig gestärkt. Durch die mit der Reform jetzt mögliche **Kombination und Ausweitung mehrerer Leistungsansprüche** und auch die Möglichkeit, Teile der ambulanten Sachleistungen auf niedrigschwellige Betreuungsleistungen umzuwidmen, werden ganz

individuelle Pflegesettings im ambulanten/häuslichen Bereich realisierbar, die auch die Leistungssummen der vollstationären Versorgung nun deutlich übersteigen⁵. Mittelfristig werden deshalb mehr Menschen auch mit höherem Pflegebedarf in der häuslichen Umgebung länger versorgt werden können. In der Praxis wird dies für die stationären Pflegeeinrichtungen eine Veränderung der Nachfrage hin zu mehr Schwerst- und Palliativpflege nach sich ziehen.⁶

Schon jetzt ist eindeutig positiv zu konstatieren, dass im ersten Halbjahr 2017 aufgrund des zweiten Pflege-stärkungsgesetzes **mehr Erstanträge auf Pflegeversicherungsgesetz gestellt wurden als im ersten Halbjahr 2016 und mehr Personen erstmals Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.**⁷

Die genannten Leistungsausweitungen und Kombinationsmöglichkeiten haben mittlerweile, insbesondere bei den **Tagespflegen, zu einer deutlich erhöhten Nachfrage⁸ geführt.** Allein in Bielefeld⁹ ist die Zahl der Tagespflegeangebote seit 2015 um 4 Einrichtungen gestiegen. Im Augenblick wird aus mehreren Tagespflegeeinrichtungen berichtet, dass die vorhandene Platzzahl die Nachfrage nicht decken kann.

Ein solches Nachfrageplus verzeichnen auch viele ambulante Pflegedienste. Durch die Sachleistungserweiterungen in der häuslichen Krankenpflege, im Bereich der niedrigschwelligen Betreuungsleistungen/Hauswirtschaft und natürlich auch durch die Steigerung der Leistungsbeträge stiegen in 2017 die Nachfrage und der Umsatz¹⁰. Es ist jedoch alarmierend, dass inzwischen aus vielen Diensten berichtet wird, dass dieser erhöhten Nachfrage aufgrund des deutlich bemerkbaren und zunehmenden Personalmangels nicht mehr nachgekommen werden kann.

Auch für die **stationären Einrichtungen** der Altenhilfe hat insbesondere das zweite Pflegestärkungsgesetz wesentliche Veränderungen mit sich gebracht. Als besonders heikel, und für die Zukunft sehr genau zu beobachten, ist hier die sich abzeichnende **Bestätigung des sogenannten Rothgang-Effektes** zu nennen. Im Barmer GEK-Pflegereport 2016 wies der Forscher der

Universität Bremen, Prof. Rothgang, darauf hin¹¹, dass die „großzügige“ Überleitung für demenziell erkrankte Menschen aus dem alten System der Pflegestufen mit sogenanntem doppelten Stufensprung in das neue System der Pflegegrade nicht den zukünftig zu erwartenden Pflegegraden nach neuer Begutachtungssystematik entsprechen wird.

Diese Befürchtung scheint sich nach einem Jahr Erfahrung mit den neuen Begutachtungsrichtlinien zu bestätigen. **In vielen Einrichtungen ist es mittlerweile zu einem Absenken des sogenannten Pflegegradmix¹² gekommen.** Die Pflegegrade 4 und 5 tauchen in den Begutachtungsergebnissen im Vergleich zum Bestand deutlich seltener auf (s. Abbildung rechts). Ob die damit verbundene Absenkung der Personalausstattung auch 2019, nach Auslaufen der Übergangszeit, in zukünftigen Pflegesatzverhandlungen wieder ausgeglichen werden kann, ist sehr fraglich. **Aber selbst ein Ausgleich würde aufgrund der fixen Pflegeversicherungsleistungen dann zu einer höheren finanziellen Belastung der Pflegebedürftigen führen¹³.**

Hinzuweisen ist auch auf die **missliche Situation von Spezialeinrichtungen**, z. B. für Menschen mit besonders herausforderndem Verhalten. Weder wurde ihnen die in NRW-Pflegeeinrichtungen sonst übliche 6,8 %ige Kompensations-Personalerhöhung gewährt, noch ist der Personalschlüssel im höchsten Pflegegrad 5 genauso hoch wie früher in der höchsten Pflegestufe III, in die Menschen in diesen Einrichtungen überwiegend eingestuft waren. **Hier haben wir es mit einem realen Personalabbau zu tun.**

Hier rächt sich, dass die Politik im Gesetzgebungsverfahren dann doch nicht den Mut hatte, den entscheidenden Schritt der Festlegung der Personalschlüssel schon jetzt durch ein **wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs** festzulegen, sondern hat diese – für den Pflegealltag so wichtige Frage – in die Zukunft bis 2020 (§ 113c, SGB XI) verschoben.¹⁴

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff gilt als das Herzstück und Paradigmenwechsel in der Pflegereform. Dem

1 Deutschlands Zukunft gestalten, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode, S. 83 ff.

2 PSG I (BGBl. I, 2014, 2222), PSG II (BGBl. I, 2015, 2424), PSG III (BGBl. I, 2016, 3191).

3 siehe Zeitschrift Altenheim, 56. Jahrgang, Heft 11.2017, S. 11: „MDK hat zu wenig Personal“ sowie die Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Drucksache 18/13453, S. 10.

4 Im Land Bremen haben sich die Vertragspartner aktuell geeinigt, dass in solchen Fällen vorläufig Pflegegrad 3 abgerechnet werden darf.

5 SGB XI §36 ff, siehe auch: R. Richter, Die neue soziale Pflegeversicherung – PSG I, II und III, Baden-Baden 2017, S. 156ff.

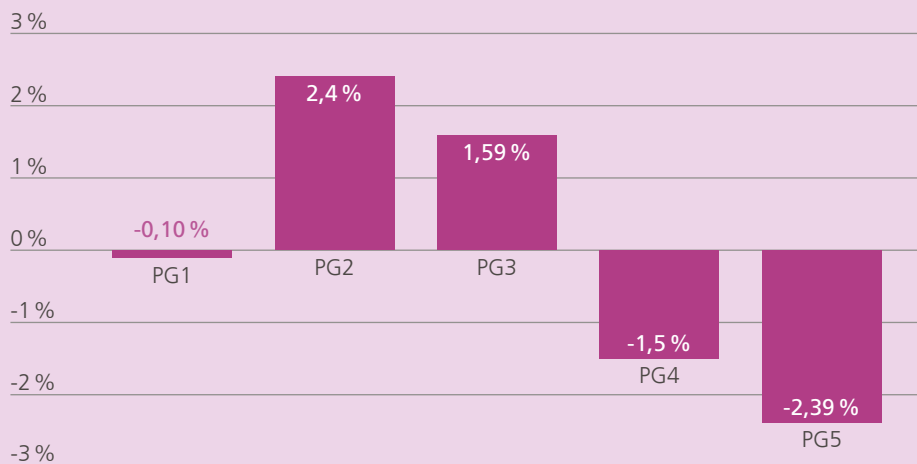
6 Zur Zukunft stationärer Pflegeeinrichtungen vgl. auch: ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Berlin 48. Jahrgang Nr. 3/2017, Bodo de Vries, Frauke Schönberg: „Was wird aus der stationären Pflege? Konzepte für eine pflegerische Versorgung im Quartier“, S. 40ff.

7 siehe MDS-Pressmitteilung „Neue Pflegebegutachtung hat Praxistest erfolgreich bestanden“, Essen 18.01.2018.

8 siehe Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Drucksache 18/13453, S. 6.

9 vgl. Protokolle 16.05.2016, 30.11.2016, 16.05.2017, 08.11.2017 der kommunalen Konferenz Alter und Pflege, Stadt Bielefeld.

10 vgl. auch Zeitschrift Häusliche Pflege, 27. Jahrgang, Heft 1.2018, „Pflegestärkung“, S. 21ff und auch Thomas Sießegger in CAREkonkret, 20. Jahrgang, Ausgabe 51/52 vom 22.12.2017, S. 3.



Veränderung der Pflegestruk- tur im Vergleich Überleitung zum Stichtzeitpunkt (30.06.2017):

Prozentuale Abnahme der höhe-
ren Pflegegrade (PG) nach neuer
Begutachtungsrichtlinie

Abbildung: rosenbaum nagy

alten System lag seit dem Bestehen der gesetzlichen Pflegeversicherung ein verrichtungsbezogener Pflegebegriff zugrunde. D. h., die Begutachtung für eine Pflege-
stufe erfolgte auf der Grundlage einer minutengenauen Ermittlung des Zeitaufwandes für die Pflege für die Ver-
richtungen der Körperpflege, Mobilität und Ernährung (sogenannte Minutenpflege). Insbesondere die Bedarfe
der Demenzkranken wurden so nicht ausreichend erfasst.

**Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, und damit
die Begutachtungsrichtlinie, betrachtet stattdessen
pflegefachlich fundiert den Grad der Selbststän-
digkeit der Pflegebedürftigen, unabhängig ob sie
körperlich, kognitiv oder psychisch beeinträchtigt
sind.** Auf dieser Grundlage erhalten seit 01.01.2017 alle
Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den
Leistungen der Pflegeversicherung.

**Zu diesem grundsätzlich zu begrüßenden, längst über-
fälligen und positiv zu konnotierenden Ergebnis der
Reform ist dennoch eine Anmerkung zur Konkurrenz
von Ergebnisqualität und Pflegegraden notwendig.**
Der Erhalt der Selbstständigkeit als ein grundlegendes
Ziel des Pflegeprozesses wird durchkreuzt, wenn – nach
neuer Systematik – nicht mehr der Aufwand nach Minu-
ten zu dem Pflegegrad, sondern die „höhere Unselbst-
ständigkeit“ der Pflegebedürftigen zu einem höheren
Pflegegrad und damit zu einem besseren Personalschlüs-
sel führt. Hier ist in der Systematik ein nur schwer zu
lösender Interessenkonflikt eingebaut.¹⁵

Fazit

Resümiert man die genannten Wirkungen, so können die
Pflegestärkungsgesetze der 18. Legislaturperiode aus Sicht
der Pflegebedürftigen und der ambulanten und teilsta-
tionären Einrichtungen durchaus als „Pflegestärkung“
betrachtet werden. Mehr pflegebedürftige Menschen
erhalten Leistung, individuellere, flexiblere Pflegesettings
mit ambulanter/teilstationärer Unterstützung sind möglich,
die Belange der Menschen mit Demenz sind mehr berück-
sichtigt.

Aus Sicht der stationären Einrichtungen muss das Fazit
zurückhaltender ausfallen. Mit Skepsis bleibt die mittel-
fristige Entwicklung der Pflegegrade und in der Folge die
Personalausstattung abzuwarten.

Es ist riskant, in dieser Frage das geplante wissenschaftli-
che Verfahren zum Personalbedarf bis 2020 abzuwarten.
Es könnte angesichts des schon jetzt prekären Pflegeper-
sonalmangels schnell zu spät sein. **Deshalb kann gar
nicht deutlich genug betont werden, dass alle Kraft
für die Gewinnung und Ausbildung von Pflegekräf-
ten aufgewendet werden muss. Aber dies kann nur
gelingen, wenn die Rahmenbedingungen ein positi-
veres Image erlauben.**¹⁶

11 Barmer GEK-Pflegereport 2016, S. 12 und S. 40.

12 Zeitschrift Altenheim, 56. Jahrgang, Heft 12.2017, S. 4 und auch Luciane Tocik in CAREkon-
kret, 21. Jahrgang, Ausgabe 3 vom 19.01.2018, S. 8.

13 Höhere Personalausstattung, niedrigere Pflegeversicherungsleistungen → Anhebung des
Einrichtungs-Einheitlichen-Eigenanteils (EEE)

14 siehe CAREkonkret, 21. Jahrgang, Ausgabe 1 vom 05.01.2018, S. 6: Inzwischen hat die
Universität Bremen unter der Leitung von Prof. Rothgang hierzu den Auftrag erhalten.

15 vgl. auch Ruth Galler in: neue caritas 18/2017, S. 25.

16 vgl. auch Ullrich Fichtner „Am Ende aller Kräfte“, in: DER SPIEGEL Nr. 5 vom 27.01.2018,
S.42-48.



Ulrich Strüber

Mitglied der Direktion Sarepta/Nazareth,
Geschäftsführung des Stiftungsbereiches
Altenhilfe Bethel

Einrichtung /Bereich:

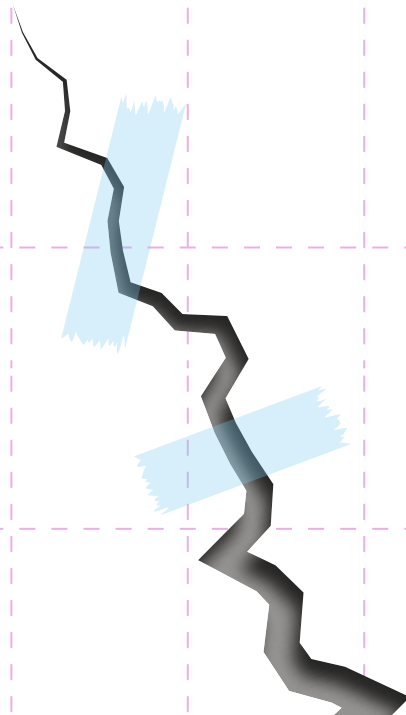
Stiftungen Sarepta/Nazareth
Altenhilfe Bethel OWL gGmbH
Pflege- und Betreuungsdienste Bethel
gemeinnützige GmbH

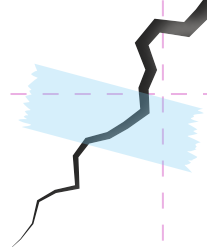
Expertenwissen:

Altenhilfe

➤ DIAKONIE – SEISMOGRAF UND GESTALTERIN DES SOZIALEN

Diakonie 





Arbeit an der Schnittstelle zwischen Gesetzen und Lebenswirklichkeit

» Die Diakonie Deutschland ergreift aus christlichem Glauben Partei. Wir verstehen uns als Anwälte und Anwältinnen gerade der Menschen, die ihre Interessen nur schwer selbst artikulieren und einbringen können. Für die Glaubwürdigkeit und Überzeugungskraft unserer politischen Arbeit ist entscheidend, dass die Erfahrungen aus den Diensten und Einrichtungen und aus den Landes- und Fachverbänden in den verbandsinternen Meinungsbildungsprozessen eingeflossen sind. In dieser Form geerdet, bringen wir proaktiv Vorschläge in politische Prozesse ein.

Als Wohlfahrtsverband ist die Diakonie ein Seismograf des Sozialen, der um die praktischen Umsetzungsschwierigkeiten der Gesetze weiß, der die Schnittstellenprobleme zwischen einzelnen Sozialgesetzbüchern kennt und der die Diskrepanz zwischen Anspruch des Gesetzgebers auf der einen und Lebenswirklichkeit der Menschen auf der anderen Seite mit Beispielen illustrieren kann. Unser Vorgehen ist dabei stets lösungsorientiert.

Der Begriff der Lobbyarbeit gilt vielen als negativ konnotiert. Es hängt ihm der Makel des Unseriösen und Intransparenten an. Die Demokratie braucht aber eine lebendige Verbands- und Interessenkultur, die sich durch eine transparente Lobbyarbeit ausdrückt. Verbände repräsentieren die gesellschaftliche Vielfalt, sie bauen auf einer breiten Mitgliederbasis auf und bündeln Interessen.

Die Diakonie: Gebündelte Kompetenz für soziale Fragen und soziale Arbeit

Über unsere Erfahrungen und unser Engagement, über unsere Einschätzungen und Positionen informieren wir regelmäßig die Öffentlichkeit. Dies geschieht über eigene Publikationen, aber auch durch Interviews und Statements für Zeitungen, Hörfunk oder Fernsehen. Wir werden von Medien als verlässliche Ansprechpartnerin für Anfragen zu diakonischen und sozialpolitischen Themen geschätzt.

Wir begleiten Gesetzesvorhaben durch unsere Expertise in Anhörungen und Ausschüssen des Bundestags, führen parlamentarische Veranstaltungen durch, verschicken Handreichungen an Politiker und Politikerinnen und führen Gespräche mit Bundestagsabgeordneten und Fraktionen. Wir laden außerdem zu Fachtagen und Diskussionsveranstaltungen mit Experten und Expertinnen in Berlin und Brüssel – denn Sozialpolitik muss europäisch gedacht werden.

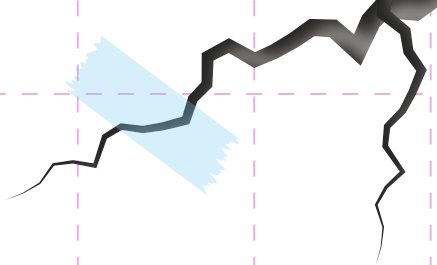
Die Diakonie ist in allen sozialen Arbeitsfeldern, von der Kindertageseinrichtung bis zur Altenhilfe, mit über 500.000 Mitarbeitenden aktiv. Sie ist verlässliche Partnerin in der Umsetzung der kommunalen Daseinsvorsorge.

Ausgehend von den Problemlagen der Menschen entwickelt sie bedarfsgerechte Angebote, insbesondere nach sozialräumlichen Prinzipien. Wir entwickeln mit unseren Mitgliedern innovative Konzepte und fördern den Erfahrungsaustausch.

Zu den wichtigen Schwerpunkten der Diakonie gehören auch die Freiwilligenarbeit, das ehrenamtliche Engagement, die politische Bildungs- und Sozialarbeit sowie Projekte und Aktivitäten zur Förderung von Demokratie. Unter dem Dach unserer Einrichtungen arbeiten ca. 700.000 freiwillig Engagierte. Die Diakonie übernimmt damit eine wichtige Rolle in der Aktivierung, Vernetzung und Gestaltung einer engagierten und solidarischen Zivilgesellschaft, die die Grundlage für eine stabile Demokratie darstellt.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege oder der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge sind wichtige strategische Partner. Zugleich übernehmen wir Verantwortung in und für Gremien und Prozesse in diesen Zusammenschlüssen.

Unsere gute Zusammenarbeit mit der EKD ist konstitutiv für die Diakonie als Teil der Kirche und in vielen Politikfeldern sehr erfolgreich. Der enge Schulterschluss zwischen den kirchlichen Wohlfahrtsverbänden, Diakonie und Caritas ist überaus hilfreich.



Das alles führt dazu, dass Politik der Diakonie mit einer hohen Wertschätzung begegnet. So hat die Diakonie die Entwicklungen und Wandlungen des Sozialstaates in den letzten 50 Jahren mitvollzogen, kritisch-konstruktiv begleitet und mitgeprägt!

Entwicklungen der Sozialpolitik und sozialen Arbeit

Die 1960er und frühen 1970er Jahre der Bundesrepublik waren dabei durch die Ausweitung sozialer Arbeit geprägt. Regelungen zur Kostenerstattung (Bundessozialhilfegesetz und Gesetz für Jugendwohlfahrt) und der in vie-

sche Vorstellungen in die Organisation des Sozialstaates einzogen. Wir sprechen häufig von einer Ökonomisierung der sozialen Arbeit.

Im positiven Sinne führt das dazu, dass mit Ressourcen effizient umgegangen wird, Leistungen wirtschaftlich erbracht und Qualitätsstandards entwickelt werden. Im negativen Sinne wird aus der persönlichen Zuwendung und Hilfebeziehung eine ökonomische Tauschbeziehung. **Hilfe bekommt einen Warencharakter und wird nur noch geleistet, wo sie als wirtschaftlich gilt.** Die Option für die Armen, die für uns in der Diakonie so zentral ist, gerät mit diesem Denken häufig in Konflikt. Wir spüren das an vielen Stellen.

len Arbeitsfeldern festgeschriebene Vorrang der freien vor den öffentlichen Trägern ermöglichten ein quantitatives und qualitatives Wachstum der Freien Wohlfahrtspflege. An dieser Entwicklung war auch die Diakonie mit einem enormen Größenwachstum und einer inneren Differenzierung der Arbeitsfelder beteiligt.

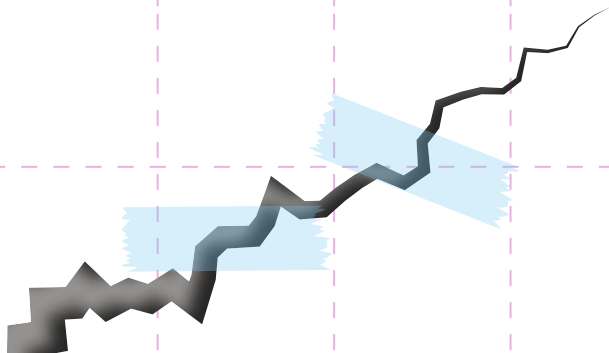
Die Studentenbewegung machte mit ihrer Kritik an traditionellen Werten und Lebensformen auch vor der sozialen Arbeit, ihren Analysen sozialer Probleme und den Konzepten ihrer Bearbeitung nicht halt. Offene und halboffene Einrichtungsarten und Hilfeformen nahmen zu. Geschlossene Heime wurden kritisch gesehen. Kindertagesstätten, Altenclubs und -tagesstätten wurden ausgebaut. Neue Angebote kamen hinzu, wie z. B. Hilfen für psychisch Kranke oder für Drogenabhängige. Neue psychologische, soziologische und pädagogische Erkenntnisse begleiteten die Neuausrichtung der diakonischen Arbeit. Der Prozess der Professionalisierung ging mit einer Enttraditionalisierung der evangelisch geprägten Einrichtungen einher.

Ein gravierender Paradigmenwechsel fand in den 1990er Jahren statt und fordert die freie Wohlfahrtspflege bis heute: Die starke korporatistische Verflechtung von freier Wohlfahrt und Staat wird infrage gestellt. Einen Einschnitt stellt die Einführung der Pflegeversicherung 1995 dar, mit der wettbewerbspoliti-

Die Agenda 2010 im Jahr 2005 stellt eine weitere Zäsur in der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik dar. Mit den Reformen von Hartz IV wurde das Prinzip „Fördern und Fordern“ als Leistungsprinzip durchgängig in die Sozialgesetzgebung eingeführt.

Eine weitere wichtige Zäsur ist die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention im Jahr 2009. Sie fordert die gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen am gesellschaftlichen Leben. Die Frage, wie Sozialstaat, Sozialgesetzgebung und auch Nachbarschaften gestaltet sein müssen, damit sie Inklusion ermöglichen, wird uns noch lange beschäftigen. Unser Engagement für eine weitreichende Ausgestaltung und gute Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes ist Teil davon.

Die Liste von politischen Initiativen und Gesetzgebungsvorhaben, in die sich die Diakonie Deutschland einmischt, ist lang. Erfolge sind in der politischen Lobbyarbeit nur schwer zu messen. Manchmal sind es kleine Schritte: Ein gutes Gespräch mit einem Abgeordneten, ein Detail, das im Gesetzgebungsprozess geändert werden konnte, eine Kürzung von Haushaltsmitteln, die verhindert wurde ...





Deutlichen politischen Niederschlag gefunden hat beispielsweise unser Konzept des Passiv-Aktiv-Transfers, der (Langzeit-)Arbeitslosen Arbeit und Entlohnung ermöglichen soll. Dieses Modell hat jetzt – nach 16 Jahren politischer Überzeugungsarbeit – Eingang in die Koalitionsvereinbarung gefunden. Ganz aktuell engagiert sich die Diakonie mit konkreten Gestaltungsvorschlägen für eine Reform des SGB VIII hin zu einem bedarfsgerechten, sozialräumlichen und inklusiven Förder- und Hilfesystem. Damit wollen wir einen aktiven Beitrag zur Gestaltung einer längst überfälligen inklusiven Kinder- und Jugendhilfe leisten, durch die alle Kinder und ihre Eltern Unterstützung, Förderung und Teilhabe erfahren.

Die Diakonie als hörbare evangelische Stimme in politischen Prozessen

Mit unseren Schwerpunktthemen – aktuell unter dem Motto: „Kennen. Lernen. Eine Initiative für Vielfalt und Begegnung“ – wollen wir Mitglieder, Träger, Einrichtungen und Interessierte gewinnen, sich mit Projekten zu engagieren. Die Kooperation mit den Kirchen ist dabei selbstverständlich, und in zahlreichen Kooperationen auch mit anderen Partnern oder Partnerinnen machen wir Beispiele guter Praxis öffentlich und initiieren neue spannende Ideen.

Für öffentliche Aufmerksamkeit sorgen unsere Markenkampagnen. Unter dem Motto „Unerhört!“ wollen wir aktuell an den Rand der Gesellschaft gedrängten Menschen eine Stimme geben – z. B. Obdachlosen, Flüchtlingen, Arbeitslosen.

Wir glauben: Wir werden in den demokratischen politischen Prozessen als evangelische Stimme gebraucht. Dazu stellen wir uns strategisch gut auf: mit einer klaren Orientierung an den Interessen der Schwächsten unserer Gesellschaft, durch kritisch-konstruktive Begleitung und Einflussnahme, durch Fachkompetenz, Erfahrungswissen, Kreativität, Verlässlichkeit und Kontinuität, Bündnisfähigkeit – und dem nötigen langen politischen Atem.



Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik

Einrichtung /Bereich:
Diakonie Deutschland

Expertenwissen:
Sozialpolitik im weitesten Sinne



» DAS HOSPIZ- UND PALLIATIVGESETZ (HPG)

AKTUELLER STAND DER UMSETZUNG IN DEUTSCHLAND

» Palliativversorgung hat das Ziel, schwerkranke und sterbende Menschen in der letzten Phase ihres Lebens umfassend und individuell zu betreuen. **Ganz im Sinne der Hospizpionierin Cicely Saunders sollen bei der Planung der „Sorgekette“ am Lebensende medizinische, pflegerische, psychosoziale und seelsorgerische Dimensionen betrachtet werden.** Im Vordergrund steht die Linderung von individuell erlebten belastenden Beschwerden (z. B. Unruhe, Verlusterleben, Schmerzen, Übelkeit). Palliativversorgung soll die Folgen einer Erkrankung lindern (Palliation)¹, wenn keine Aussicht auf Heilung mehr besteht. Sie kann überall dort erfolgen, wo Menschen sich wünschen ihre letzte Lebensphase zu verbringen: zu Hause, im Krankenhaus, im Pflegeheim oder im Hospiz.

¹ lat. palliatio „Bemäntelung“, lat. pallium „Mantel“, palliare „mit einem Mantel umhüllen“, „verbergen“.

Das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) enthält Regelungen für vielfältige Maßnahmen, die die Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase verbessern und einen flächendeckenden Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung fördern. Mit dem Gesetz wurde die Palliativversorgung ausdrücklich Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dabei ist zu beachten, dass das HPG ein Gesetz darstellt, welches auch nach seiner Veröffentlichung im Dezember 2015 noch viele Verhandlungen bezüglich der konkreten Ausgestaltung bis heute nach sich zieht und erst offiziell vereinbarte Richtlinien und Rahmenvereinbarungen Auskünfte und Einschätzungen zur konkreten Umsetzung zulassen.

Für eine Übersicht der wesentlichen Neuerungen durch das HPG sind folgend die wesentlichen Änderungen im jeweiligen Helfefeld aufgeführt:

Ambulante Pflege

Rechtsanspruch auf allgemeine Palliativversorgung in der häuslichen Krankenpflege

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat seine Regelungen für die häusliche Krankenpflege hinsichtlich der besonderen palliativen Lebenslagen angepasst und damit die Vorgaben des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland umgesetzt. Durch diese Weiterentwicklung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie wird ergänzend zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) die allgemeine Palliativversorgung im Rahmen der Regelversorgung gestärkt.

Ambulante Hospizdienste

Verbesserung der Finanzierung ambulanter Hospizdienste

Bei den Zuschüssen für ambulante Hospizdienste werden neben den Personalkosten nun auch Sachkosten (zum Beispiel Fahrtkosten ehrenamtlicher Mitarbeitender, Betriebskosten für einen Dienstwagen, Raum- und Raumnutzungskosten) berücksichtigt und durch die Krankenkassen refinanziert. Durch Kooperationen mit Krankenhäusern können folgende Aufgaben übernommen werden: psychosoziale Begleitung der Patientinnen/Patienten im Krankenhaus, Teilnahme an Fallbesprechungen, Qualitätszirkeln, Ethikkonferenzen o. ä., die den begleiteten Patienten bzw. die Patientin betreffen.

Pflegeheime

Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP)

Durch die GVP haben Bewohnerinnen und Bewohner einen gesetzlichen Anspruch auf die Erstellung der Planung einer selbstbestimmten Versorgung am Lebensende. Das Angebot wird von den Krankenkassen finanziert und soll durch speziell geschulte Fachkräfte durchgeführt werden. Die Einführung der gesundheitlichen Versorgungsplanung setzt aufeinander abgestimmte und strukturell sinnhaft verzahnte Organisationsentwicklungsprozesse in den Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe voraus. Hierzu gibt es bundesweit bereits einzelne Implementierungsprojekte.

Kooperationsverträge der Pflegeheime mit Haus- und Fachärzten zur medizinischen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner sind nicht mehr nur freiwillig, sondern „sollen“ von den Vertragspartnern abgeschlossen werden und der Öffentlichkeit bekanntgegeben werden (z. B. auf der Homepage des Pflegeheims). Ärztinnen und Ärzte, die sich daran beteiligen, erhalten eine zusätzliche Vergütung. Sowohl die Versorgungsplanung als auch die palliativärztliche Versorgung weist trotz regionaler Unterschiede bundesweite Entwicklungstendenzen auf.

Stationäre Hospize

Die finanzielle und personelle Ausstattung stationärer Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugend-Hospize wird verbessert

Die bisherige Rahmenvereinbarung für die stationäre Hospizarbeit wurde nach Inkrafttreten des HPG überarbeitet. Diese beinhaltet zum einen beispielsweise Richtlinien zur Personalausstattung nach bundesweit einheitlichen Orientierungsgrößen. Zum anderen tragen die Kassen künftig 95 statt bisher 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten.

Krankenkassen

Informationsangebot der Krankenkassen

Die Kassen haben den Auftrag, über regional verfügbare Beratungs- und Versorgungsangebote zu informieren. Hierzu werden Mitarbeitende der Krankenkassen gezielt geschult.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass durch die gesetzliche Entwicklung Versorgungsstrukturen gefördert werden, die es Menschen in palliativen Lebenslagen ermöglichen, unter würdigen Bedingungen an dem von ihnen gewählten Ort zu sterben. Zu hoffen ist, dass die weiteren Verhandlungen mit den Kostenträgern zu den im Gesetz angestrebten Entwicklungen führen werden.



Alexandra Hieck
Pflegefachkraft Palliative Care
Koordinatorin BGM

Einrichtung/Bereich:
Hospiz Am Ostpark
Stiftungsbereich Bethel.regional

Expertenwissen:
Hospizliche & Palliative Themen, BGM

WERKSTÄTTENMITWIRKUNGS- VERORDNUNG (WMVO)

WAS HAT SICH IN PROWERK GEÄNDERT?

» Interview mit Sarah Baum – Vorsitzende des Gesamtwerkstattrates proWerk

Frau Baum, welche Aufgaben nimmt der Gesamtwerkstattrat proWerk wahr?

Baum: Der Gesamtwerkstattrat tritt für die Interessen der Beschäftigten gegenüber der Geschäftsführung proWerk ein. Wir sind für Themen zuständig, die proWerk insgesamt betreffen. Neben dem Gesamtwerkstattrat gibt es auch noch die örtlichen Werkstatträte, die sich mit Fragen auseinandersetzen, die die einzelnen Abteilungen betreffen.

Sie haben die verschiedenen Zuständigkeiten erläutert. Um welche Themen geht es in Ihrem Zuständigkeitsbereich?

Baum: Es geht um politische Fragen wie das Entgelt. Als Gesamtwerkstattrat sind wir mit der Politik im Gespräch, da das Entgelt auf die Grundsicherung angerechnet wird. Wir diskutieren mit Politikerinnen und Politikern, in welchem Maße das sein darf. Darüber hinaus behandeln wir auch Fragen zur Urlaubsregelung und zur Arbeitssicherheit. Mein Ziel ist es, dass es eine Gewaltschutzvereinbarung für Beschäftigte in den Werkstätten gibt. Diese besteht bisher nur für Mitarbeitende. Sie sehen, wir befassen uns mit einem weiten Feld.

Welche Mitbestimmungs- und Mitwirkungsrechte ergeben sich durch die neue Werkstättenmitwirkungsverordnung? Was hat sich für Ihre Arbeit durch diese Verordnung geändert?

Baum: Zu betonen ist, dass es nun eine Frauenbeauftragte gibt. Außerdem können wir jetzt mehr Einfluss auf den

Fahrdienst nehmen. Dies drückt sich insbesondere in der Auswahl der Fahrdienstunternehmen aus. Nachdem diese Verordnung in Kraft getreten ist, können wir an dem Ausschreibungsverfahren mitwirken.

» Generell lässt sich feststellen, dass sich die Mitbestimmungsrechte definitiv erhöht haben. «

Früher war es zum Teil schon schwierig, an Entscheidungen mitzuwirken. Wenn etwas wirklich grundlegend in der Werkstatt geändert wird, beispielsweise neue Regelungen zur Arbeitszeit getroffen werden, können wir deutlich mehr Einfluss als in der Vergangenheit nehmen.

Sie haben einerseits von Mitbestimmung und andererseits von Mitwirkung gesprochen. Worin unterscheiden sich diese Rechte in Ihrem beruflichen Alltag?

Baum: Die Mitbestimmung möchte ich anhand eines konkreten Beispiels verdeutlichen. Die Geschäftsführung legt zu Beginn des Jahres fest, wann es feste Urlaubstage gibt, an denen die Werkstätten geschlossen bleiben. Und wenn dann die Mitarbeitendenvertretung und der Gesamtwerkstattrat nicht zustimmen, kann die Geschäftsführung diese Termine nicht einfach setzen. Bei der Mitwirkung in Personalfragen ist es so, dass wir unsere Meinung dazu äußern können, wer eingestellt wird. Wir können jedoch nicht bestimmen, welche Entscheidung letztendlich getroffen wird. Wichtig ist aber, dass wir in jedem Entscheidungsprozess angehört werden. Es gibt Unterschiede, wo gewisse Entscheidungen ohne uns nicht umgesetzt werden können und wo es nur darum geht, dass wir angehört werden. Wenn in einer Werkstatt bei-



spielsweise baulich etwas geändert wird und sich dadurch das Arbeitsvolumen erhöht, sind davon auch Beschäftigte betroffen. Deshalb sind wir dann mit der Geschäftsführung im Gespräch und kommen so der Mitwirkung nach, indem wir unsere Meinung äußern. Im Prinzip ist es so, egal welche Veränderungen es in den Werkstätten gibt, der Werkstatttrat muss zumindest immer beteiligt werden. Es gibt nur Unterschiede bzgl. Mitwirkung und Mitentscheidung. Bei der Mitwirkung hat die Geschäftsführung bzw. die Abteilungsleitung eine Unterrichtungspflicht. Während es bei der Mitbestimmung so ist, dass etwas nicht umgesetzt werden darf, wenn wir uns dagegen aussprechen. Wenn dies nicht so gehandhabt würde, würde es nicht dem Gesetz entsprechen.

Einige Entscheidungen, an denen Sie mitbestimmen und mitwirken, haben Sie eben benannt. Welche Auswirkungen hat dies auf den Entscheidungsfindungsprozess? Haben Sie den Eindruck, dass sich bestimmte Abläufe dadurch ändern?

Baum: Für die Geschäftsführung und die Abteilungsleitung wäre es sicher manchmal leichter, sie würden Themen miteinander beraten und entscheiden und bräuchten nicht zu viele Personen an dem Entscheidungsfindungsprozess beteiligen. Allerdings habe ich auch den Eindruck, dass sie ein besonderes Interesse an der Wahrnehmung unserer Rechte haben. Ich bin schon recht lange Zeit im Werkstatttrat aktiv. Zwar erst seit Dezember im Vorsitz, aber ich arbeite schon seit 2005 im Werkstatttrat und

Mitwirkung

- | Darstellung und Verwendung des Arbeitsergebnisses
- | Arbeits- und Gesundheitsschutz
- | Persönlichkeitsentwicklung, u. a. Übergang zum allgemeinen Arbeitsmarkt
- | Arbeitsplatzgestaltung (Kleidung, Abläufe u. a.)
- | Auf Wunsch der Beschäftigten zu Umsetzungen
- | Grundlegende Änderungen der Organisation und Zwecks der Werkstatt
- | Planung von Neu-, Um- und Erweiterungsbauten sowie der technischen Anlagen

Mitbestimmung

- | Regelwerke der Werkstatt (z. B. Werkstattordnung)
- | Regelungen der Arbeits- und Pausenzeiten
- | Arbeitsentgelte, bzw. Entgeltforderungen
- | Grundsätze der Urlaubsplanung
- | Verpflegung
- | Technische Anlagen zur Überwachung (z. B. Zeiterfassung, Kameras u. a.)
- | Grundsätze für Fort- und Weiterbildung
- | Gestaltung und Ausstattung der Sozial- und Sanitärräume
- | Soziale Aktivitäten für Werkstattbeschäftigte

Quelle: Journal – Ein Magazin von proWerk und Betriebe Bethel, Ausgabe Herbst 2017, S. 34

» Ich sehe es als sehr positiv an, dass unsere Rechte durch die neue Verordnung an Gewicht gewonnen haben. «



habe mich zum Beispiel auch bei der Werkstatt Eicheneck im Bauausschuss beteiligt. Und ich bin mir ganz sicher, dass wir unseren Einfluss hier, aber auch bei anderen Entscheidungen, geltend machen konnten. Ich sehe das als zwingend notwendig an, da, wenn es so wäre, dass der Werkstatttrat sich das alles nur anhören dürfte, die Entscheidungen für die Beschäftigten nicht greifbar wären. Wenn sie Probleme oder Ideen haben, müssen sie angehört werden.

Welche Aufgaben übernimmt die Frauenbeauftragte und wie schätzen Sie die Bedeutung dieses Amtes ein?

Baum: Da dieses Amt noch recht neu ist, kann ich noch nicht allzu viel dazu sagen. So wie ich es verstehe, soll sich die Frauenbeauftragte hauptsächlich um frauenbezogene Probleme kümmern. Dies können beispielsweise Probleme sein, die Bezug zur Familie haben. Sie kann Auskunft zu Fragen des Mutterschutzes geben. Außerdem ist sie Ansprechpartnerin beim Thema sexuelle Belästigung. Gerade wenn nur Männer im Werkstatttrat sind, ist es aus meiner Sicht sehr wichtig, dass es eine Frauenbeauftragte gibt. Inwieweit sie sich in den einzelnen Abteilungen einbringt bzw. einbringen kann, liegt auch daran, inwieweit der Werkstatttrat bereit ist, sie zu informieren. Zudem ist es wichtig, dass die Frauenbeauftragte gut geschult ist. Hier haben wir mit diesen Schulungen gerade begonnen. Ich denke, dass die Idee hinter der Frauenbeauftragten nur dann erfolgreich ist, wenn es eine gute Zusammenarbeit zwischen der Frauenbeauftragten und dem Werkstatttrat gibt. Es ist so, dass es in den einzelnen Werkstätten auch Frauen gibt, die neben der Beratung durch die Frauenbeauftragte auch den Werkstatttrat aufsuchen. Der Werkstatttrat darf aber niemals gegen die Frauenbeauftragte arbeiten. Da muss die Waage gehalten werden. Wichtig ist, dass Frauenbeauftragte auch dort aktiv sind, wo

wenige Frauen in einer Abteilung arbeiten. Beschäftigte müssen sich mit ihren Ängsten und Unklarheiten an jemanden wenden können. Manchen Frauen ist ja auch nicht bewusst, ob der einzelne Werkstatttrat bei diesen Fragen unterstützend tätig sein kann. Die größte Herausforderung sehe ich für die Frauenbeauftragte darin, dass dieses Amt noch bekannter werden muss. Dieses Problem besteht aber immer dann, wenn etwas neu eingeführt wird und war beim Werkstatttrat nicht anders. **Es ist daher eine Herausforderung, weiterhin für dieses Amt zu schulen und den Beschäftigten präsenter zu machen, um was sich die Frauenbeauftragte kümmert.**

Können Sie den Leserinnen und Lesern erklären, welche Rolle die Vermittlungsstelle einnimmt?

Baum: Die Vermittlungsstelle wird dann aktiv, wenn sich der Werkstatttrat mit der Geschäftsführung nicht einigen wird. Bevor es zum Kirchengerecht kommt, tritt die Vermittlungsstelle auf den Plan. Sie musste bisher Gott sei Dank nicht allzu häufig aktiv werden und konnte bisher in jedem Fall verhindern, dass es zum Kirchengerecht kommt.

» Man muss also immer darauf achten, dass die Rechte auch wirklich weiterhin eingehalten werden. «

Wenn es Entscheidungen gibt, die mitbestimmungspflichtig sind und der Werkstatttrat und die Geschäftsführung sich nicht einigen können, ist es gut, eine Stelle zu haben, die einen Vermittlungsversuch unternimmt. Ich bin froh, dass bisher immer eine Lösung in Form eines Vergleiches gefunden wurde und es daher noch nicht zum Kirchengerecht kam. **Die Vermittlungsstelle hat aus meiner Sicht daher eine bedeutende Rolle.**



Sie haben beschrieben, welche Veränderungen durch die Werkstättenmitwirkungsverordnung erzielt wurden. Wie bewerten Sie diese und was sollte sich aus Ihrer Sicht in Zukunft noch ändern?

Baum: Mit den bisherigen Veränderungen bin ich zunächst einmal schon sehr zufrieden. In politischer Hinsicht, das geht natürlich auch über die Werkstättenmitwirkungsverordnung hinaus, muss noch weiterhin dafür geworben werden, dass es auch zukünftig Werkstätten gibt und die Werkstatträte gestärkt werden. Wir müssen die politischen Prozesse weiterhin im Auge behalten und dazu beitragen, dass es keine Rückschritte gibt. Manchmal habe ich den Eindruck, dass aus Geldgründen politische Entscheidungen getroffen werden, die ich als Rückschritt einstufen würde. Es ist so, dass zum Teil Fortschritten unmittelbar ein Rückschritt folgt.

Werkstatträte verschiedener Unternehmen vernetzen sich überregional miteinander. Für welche gesetzlichen Veränderungen setzen Sie sich im Rahmen der Kooperation ein?

Baum: Auf jeden Fall dafür, dass noch einmal auf die Grundsicherung geguckt wird. Es ist wichtig, dass durch die Grundsicherung nicht so viel Entgelt einbehalten wird. Wir müssen der Politik klarmachen, dass viele Leute in den Werkstätten hart arbeiten und dadurch an den Erlösen

mitwirken. Dies muss sich in der Entlohnung widerspiegeln. **Zudem ist es wichtig, dass wir auch die Menschen im Blick behalten, die den Werkstattatrat aufgrund ihres hohen Unterstützungsbedarfes praktisch nicht wählen können.** Aus meiner Sicht muss dringend der Personalmangel im sozialen Bereich behoben werden. Dieser Mangel betrifft nicht nur die Werkstätten, sondern auch die Heime und geht zu Lasten der Qualitätsstandards – auch in Bethel. Ich bin mir bewusst, dass diese Veränderungen nur langfristig erreicht werden können, aber es wird für mich immer meine Herzensangelegenheit bleiben, auch für die Beschäftigten eine Stimme zu sein.

Ich danke Ihnen ganz herzlich für das Gespräch, Frau Baum!

Das Interview führte Patrick Quack.



Sarah Baum
Vorsitzende des
Gesamtwerkstattrates proWerk

Einrichtung /Bereich:
Werkstatt Eicheneck

Expertenwissen:
Interessenvertretung der Beschäftigten

➤ WELCHE ZIELE UND INHALTE HAT DAS BUNDESTEILHABEGESETZ (BTHG)?





» Mit der Verabschiedung des „Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)“ ist eine Phase der Veränderungen der Eingliederungshilfe eingeleitet worden. Die zwischen 2017 und 2023 in Kraft tretenden neuen rechtlichen Vorschriften haben alle die Förderung der Selbstbestimmung und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft zum Ziel (§ 1 SGB IX).

Der neue Behinderungsbegriff

Wenn Menschen körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben und sie zudem durch die Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren länger als sechs Monate an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft gehindert werden, spricht das BTHG von Menschen mit Behinderungen (§ 2 SGB IX). **Mit dem BTHG ergibt sich ein grundlegend verändertes Verständnis von Behinderung: Die funktionelle Beeinträchtigung eines Menschen führt in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren zu Behinderungen.** Dies betont die Verantwortung der Gesellschaft für den Abbau von Barrieren. Hier wird die Anknüpfung des BTHG an die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) sichtbar, auch wenn diese deutlich weitergeht.

Neben dem allgemeinen Behinderungsbegriff gibt es im BTHG eine zweite Stufe des Behinderungsbegriffs (§ 99 SGB IX). Hier sind die Voraussetzungen beschrieben, unter denen Personen Eingliederungshilfe bekommen. Aktuell sind dies die bisher geltenden Regeln der Eingliederungshilfeverordnung. Wie sie zukünftig zu fassen sind, wird zurzeit umfänglich erforscht. Die Ergebnisse münden 2023 in eine Neuformulierung des § 99 SGB IX, der den leistungsberechtigten Personenkreis definieren wird. Sicher ist, dass die Formulierung an die Aktivitäts- und Teilhabebereiche der ICF¹ anknüpfen wird.

Personenzentrierte Unterstützung in unterschiedlichen Lebensbereichen

Das BTHG will seine Ziele insbesondere durch die Abkehr von einer einrichtungsorientierten Hilfe hin zur personenzentrierten Unterstützung erreichen: **Die Leistungen richten sich ausschließlich am individuellen Bedarf und am Willen des jeweiligen Menschen aus.**

Ermittelt wird dieser Bedarf mit einem ICF-basierten Instrument. Das stellt sicher, dass die funktionellen Beeinträchtigungen auf der einen Seite und die persönlichen Lebensumstände mit allen Barrieren, aber auch Förderfaktoren auf der anderen Seite in den Blick genommen werden. Dadurch können individuelle Bedarfe in den folgenden neun Aktivitäts- und Teilhabebereichen sichtbar werden:

Aktivitäts- und Teilhabebereiche

- | Lernen und Wissensanwendung
- | allgemeine Aufgaben und Anforderungen
- | Kommunikation
- | Mobilität
- | Selbstversorgung
- | häusliches Leben
- | interpersonelle Interaktion und Beziehungen
- | bedeutende Lebensbereiche
- | Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Der so ermittelte Bedarf ist der Bedarf an Fachleistungen, der im Rahmen der Gesamtplanung mit dem leistungsberechtigten Menschen abgestimmt werden muss. Denn er bestimmt selbst über seine Lebensführung und Teilhabe.

Trennung von existenzsichernden und Fachleistungen

Neben den Fachleistungen haben die stationären Angebote bisher auch die Lebensunterhaltsleistungen abgedeckt. Dies gibt es zukünftig nicht mehr, da eine Trennung der

1 WHO (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF. Genf

Fachleistungen von den existenzsichernden Leistungen vorgenommen wird. Die Fachleistungen sollen vom Leistungsträger der Eingliederungshilfe gezahlt werden. Unabhängig von der Wohnform hat jede und jeder Leistungsberechtigte zudem Anspruch auf Existenzsicherungsleistungen (ALG II, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder Hilfe zum Lebensunterhalt), wenn sie oder er die Voraussetzungen dafür erfüllt. Damit sollen die Menschen, die in „besonderen Wohnformen“ (das sind die heutigen Wohnheime und stationären Wohngemeinschaften) leben, gleichgestellt werden mit den Menschen, die nicht in besonderen Wohnformen, sondern z. B. in einer eigenen Wohnung leben.

Weiterhin aber wird es Gemeinschaftswohnformen für Menschen geben, die so wohnen und unterstützt werden wollen. Die Menschen mit Behinderungen sind dann jedoch Mieterinnen und Mieter. **Perspektivisch ist mit dem BTHG die Entstehung innovativer und inklusiver Wohnmodelle angestoßen**, für ein zufriedenstellendes Leben im Quartier sind darüber hinaus lebens- und sozialraumbezogene Leistungen notwendig. An beidem muss mit allen Beteiligten weitergedacht und -gearbeitet werden.

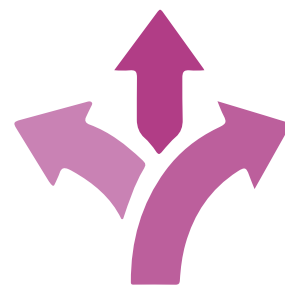
Das neue Verfahren zur Bedarfsfeststellung

Zur Koordination der verschiedenen Leistungen, auf die der Mensch mit Behinderungen Anspruch hat, wurde das **„Gesamtplanverfahren“ eingeführt**. Dafür ist der Leistungsträger verantwortlich. In diesem Verfahren gelten strikte Fristen für die Leistungsträger, innerhalb derer sie eine Entscheidung über die notwendigen Leistungen treffen müssen. Die Frist dafür beträgt maximal zwei Monate, allerdings gibt es viele Kombinationen, in denen die Frist deutlich kürzer ist; im Eilfall muss sofort geleistet werden.

Die Erhebung des Bedarfs mithilfe des ICF-basierten Instruments berührt alle Lebensbereiche und möglicherweise Leistungen unterschiedlicher Leistungsträger (z. B. Krankenkasse, Bundesagentur für Arbeit, Rentenversicherung, Eingliederungshilfe). Der je zuständige Leistungsträger muss auch die Wünsche des Menschen mit Behinderungen ermitteln und diese bei der Auswahl und Gestaltung der Leistungen berücksichtigen. Anschließend muss der zuständige Leistungsträger entscheiden, ob eine **Gesamtplankonferenz** stattfinden soll. **Ziel einer solchen Konferenz ist es, im Zusammenspiel mit allen im Einzelfall beteiligten Leistungsträgern den Bedarf des Menschen mit Behinderungen, unter Berück-**

sichtigung seiner Wünsche, zu decken, sodass keine Leistungslücken entstehen. Neu ist, dass nicht mehr die Behörde alleine entscheidet, ob eine Konferenz stattfindet, sondern der Mensch mit Behinderungen das Zustandekommen einer solchen ebenfalls beeinflussen kann. Ohne seine Zustimmung findet eine Konferenz nicht statt, und er hat das Recht, dem Leistungsträger das Abhalten einer solchen Konferenz vorzuschlagen. Der Mensch mit Behinderungen hat auch ein gesetzlich verankertes Recht, eine Vertrauensperson mitzunehmen. Das können z. B. auch Mitarbeitende eines Leistungserbringers sein.

Nach der Konferenz muss jeder Leistungsträger aufschreiben, welche Leistung er dem Menschen mit Behinderungen erbringen will. Dies wird dann im Gesamtplan koordiniert, der vom Träger der Eingliederungshilfe zu erstellen ist. Abschließend schreibt der Träger der Eingliederungshilfe einen Bescheid, in dem die bewilligten Leistungen bekannt gegeben werden. Gegen den Bescheid steht dem Menschen mit Behinderungen der Rechtsweg offen, wenn er mit dem Ergebnis nicht einverstanden ist.



Wahlmöglichkeiten anhand der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Das BTHG hebt die Wahlmöglichkeiten der Menschen mit Behinderungen hervor. Um diese Wahlmöglichkeiten zu garantieren, muss eine Angebotsvielfalt gewährleistet sein. Das gilt neben unterschiedlichen Unterstützungsformen u. a. auch für Arbeitsmöglichkeiten.

Das BTHG will neue Wahlmöglichkeiten durch Alternativen zur Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) schaffen. „Andere Leistungsanbieter“ können u. a. die Chance auf bedarfsgerechtere Beschäftigung in kleineren Gruppen und quartiersintegrierte bzw. wohnortnahe Beschäftigungsplätze in ländlichen Regionen bieten. Andere Leistungsanbieter sind anders als Werkstätten für behinderte Menschen nicht an eine Mindestplatzzahl



gebunden und bedürfen keiner förmlichen Anerkennung. Wenn sie allerdings eine bestimmte Zahl an beschäftigten Menschen erreicht haben, gibt es auch dort einen Werkstatttat und Frauenbeauftragte.

Darüber hinaus sieht das BTHG mit dem „Budget für Arbeit“ einen Anreiz für Unternehmen des ersten Arbeitsmarktes vor, Menschen mit Behinderungen ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis mit tarifvertraglicher oder ortsüblicher Entlohnung anzubieten. Das geschieht durch die Gewährung eines Lohnkostenzuschusses an das Unternehmen. Auch an solchen Arbeitsplätzen müssen die Begleitung und die Anleitung der Menschen mit Behinderungen sichergestellt werden. Viele Menschen haben bei dem Budget für Arbeit Angst vor Risiken, z. B. eine geringere Rente als in der WfbM zu erwirtschaften. Diese Risiken können auch bestehen und müssen daher im Einzelfall genau betrachtet und abgewogen werden.

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung

Zur Stärkung der Position der Menschen mit Behinderungen gegenüber Leistungsträgern und -erbringern wird die „Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung“ (EuTB) geschaffen. Hier werden Menschen mit Behinderungen u. a. mit Hilfe des „Peer Counseling“ beraten, also von Menschen mit eigener Behinderungserfahrung. Sehr spezifische Themen, wie beispielsweise die angeschnittene Frage zur Rente beim Budget für Arbeit, können im Einzelfall dort erörtert werden. Es können aber auch allgemeinere Informationen zu den Rechten und Leistungen

der Menschen mit Behinderungen eingeholt werden. **Die Beratung erfolgt unabhängig von Leistungserbringern und -trägern und ist kostenlos.**

Fazit

Das BTHG führt zu erheblichen Änderungen für alle Beteiligten. Der eigentliche Fokus liegt bei den Leistungsberechtigten: Menschen mit Behinderungen sollen in ihren Rechten, vor allem in ihrer Selbstbestimmung und ihrer Position gestärkt werden. Ihnen sollen Wahlmöglichkeiten eröffnet werden. Durch die Betonung der einstellungs- und umweltbedingten Barrieren bei der Definition von Behinderung wird die gesellschaftliche Verantwortung herausgestellt. **Mit dem BTHG geht ein verändertes Verständnis auch von professioneller Unterstützung einher, das die Leistungsberechtigten als selbstbestimmte Träger von Rechten in den Mittelpunkt stellt. Ob und wann dieses Umdenken gelingt, hängt dabei von uns allen ab.**



Friederike Beuter
Wissenschaftliche Referentin

Einrichtung /Bereich:
Projekt „Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)“ und Stabsstelle Unternehmensentwicklung

Expertenwissen:
Teilhabe und Beteiligung
Diakonische Identität



Priska Jungeilges
Syndikusrechtsanwältin

Einrichtung /Bereich:
Rechtsabteilung, Stiftung Bethel

Expertenwissen:
Rechtliche Aspekte zum BTHG



Svenja Pleuß
Mitarbeiterin im Projekt „Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)“

Einrichtung /Bereich:
Stiftung Bethel

Expertenwissen:
Sozialrecht, insbesondere BTHG
Recht der Existenzsicherungsleistungen



GESETZLICHE VERÄNDERUNGEN UND IHRE FOLGEN

» EINE EINSCHÄTZUNG AUS ÖKONOMISCHER PERSPEKTIVE

» In den letzten Jahren wurden eine Vielzahl von Veränderungen gesetzlicher Rahmenbedingungen und Grundlagen des Sozial- und Gesundheitswesens durchgeführt. Hierbei ist immer die primäre Antriebsmotivation und die damit verbundene Zielsetzung zu hinterfragen. **Ist die primäre Antriebsmotivation die Verbesserung der Versorgungsstrukturen im Sozial- und Gesundheitswesen im Interesse der zu versorgenden Menschen? Oder zielen die Veränderungen eher darauf ab, die ökonomischen Grundlagen insofern zu verändern, dass Leistungs- und Finanzierungsstandards eingeführt werden, die in der Konsequenz zu einer Absenkung des bisherigen Finanzierungsniveaus führen sollen?**

So wurden zum einen bestehende gesetzliche Grundlagen im Kontext kurzfristigen politischen Reaktionsverhaltens auf bestimmte Problemlagen hin weiterentwickelt, wie z.B. durch die Pflegestärkungsgesetze (PSG I–III). Zum anderen wurden aber auch umfassende neue gesetzliche Grund-

lagen im Sozial- und Gesundheitswesen auf den Weg gebracht, wie z.B. durch die Einführung der diagnose-abhängigen Fallpauschalen (DRG) im Krankenhausbereich.

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass sich jede Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und Grundlagen auf folgende fünf Faktoren auswirkt:

- | Leistungsangebot
- | Qualität
- | Ressourcen
- | Erträge
- | Aufwand



Die fünf Faktoren stehen in einem voneinander abhängigen Reaktionsverhalten zueinander.

Bei der Vielzahl der gesetzlichen Veränderungen wurde seitens der Politik die Qualitätsverbesserung der Leistung in den Vordergrund gestellt. Dazu wurden den Leistungserbringern verpflichtende Auflagen in Form von Qualitätsstandards vorgegeben.

In der Konsequenz kann eine Verbesserung der Qualität der Leistungsangebote nur durch zusätzliche Ressourcen umgesetzt werden. Dafür stellte der Gesetzgeber bisher in der Regel keine ausreichende Refinanzierung zur Verfügung. So entsteht bei dem Leistungserbringer ein zusätzlicher Wirtschaftlichkeits- und Kostendruck, der wiederum auf die Faktoren Ressourcen und Aufwand wirkt.

Wesentliche und umfassende gesetzliche Veränderungen der Rahmenbedingungen und Grundlagen führen in der Regel auch zu einer Veränderung der Unternehmenssteuerung. So hat im Krankenhausbereich die Umstellung der Finanzierungssystematik von tagesgleichen Entgelten hin zu diagnosebasierten Fallpauschalen (DRG) zu einer gänzlich anderen ökonomisierten Steuerung der Krankenhaus-„Unternehmen“ geführt.

Gleichzeitig ist zu betonen, dass Veränderungen in der Gesetzesgrundlage einen nicht zu unterschätzenden zusätzlichen Umstellungsaufwand nach sich ziehen. **So sind Maßnahmen der Umstellung auf neue Rahmenbedingungen nur über zusätzliche Personal- und Sachleistungen sowie ggf. Investitionen zu erreichen. In der Regel sind diese Umstellungsaufwände nicht refinanziert.** Damit ist dieser Umstellungsaufwand aus dem laufenden Geschäftsbetrieb zu finanzieren und erhöht damit den Wirtschaftlichkeits- und Kostendruck und dies ggf. mit Auswirkungen auf das ökonomische Ergebnis. Zudem entsteht auch nach der Umstellung im laufenden Betrieb ein höherer Verwaltungsaufwand, so z.B. durch zusätzliche und zeitaufwändigere Dokumentationsanforderungen und komplexere Abrechnungsverfahren.

Eine gänzlich umfassende Veränderung hat der Gesetzgeber beispielsweise mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) beabsichtigt. Das vom Gesetzgeber mit dem BTHG intendierte Ziel ist u.a. die Verbesserung der Lebens- und Wohnbedingungen für Menschen mit Behinderungen hin zu einem normalen Leben. **Im Gesetzgebungsverfahren ist vom Gesetzgeber schon sehr früh deutlich gemacht worden, dass die Umsetzung des BTHG nicht zu Mehrkosten führen darf. Noch deutlicher haben sich dazu die Kostenträger positioniert, die das Gesetz als eine Möglichkeit der Kostenreduzierung sehen.**

Für die v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel ist es nun wichtig, sich weiterhin maßgeblich und fachkundig an der Ausgestaltung der Umsetzungs- und Anwendungsvorgaben des BTHG zu beteiligen. **Für die erfolgreiche Umsetzung innerhalb der v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel ist es wichtig, die BTHG-Grundlagen und deren Auswirkungen in der Mitarbeiterschaft bekannt zu machen. Des Weiteren müssen die notwendigen Umstellungsaufgaben in geeigneten Projektmanagement-Strukturen bearbeitet werden, da sich das BTHG umfassend auf die Unternehmensstrukturen und -prozesse auswirken wird.**

So muss sich z.B. das Dienstleistungsverständnis gegenüber den Klientinnen und Klienten weiterentwickeln. Leistungsangebote sind im Kontext der BTHG-Anforderungen zu gestalten. Die Wohnkonzepte für Menschen mit Behinderungen sind hin zu mehr normalem Leben und Wohnen im Quartier zu entwickeln. Viele Management-Prozesse werden sich deutlich verändern. Zusätzliche Managementfunktionen, wie z.B. das Vermietungsmanagement, sind zusätzlich aufzubauen. Da sich die Finanzierungsgrundlagen gänzlich verändern werden, ist auch die notwendige Refinanzierung über entsprechende neue Vereinbarungen mit den Kostenträgern sicherzustellen.

So lässt sich feststellen, dass diese maßgebliche gesetzliche Veränderung bezüglich des BTHG Chancen und Risiken beinhaltet. Die jetzt notwendigen Umstellungsarbeiten hin zu der neuen Systematik sind notwendig und müssen insgesamt so erfolgreich gestaltet werden, dass die Chancen für Menschen mit Behinderungen, aber auch für die v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel insgesamt, erfolgreich genutzt werden.



Stefan Helling-Voß
Geschäftsführer

Einrichtung /Bereich:
Stiftungsbereich Bethel.regional

Expertenwissen:
Ökonomie



DAS NEUE ENTGELTSYSTEM

MÖGLICHE AUSWIRKUNGEN IN DER (TEIL-)STATIONÄREN PSYCHIATRIE
UND PSYCHOSOMATIK AUF DIE PATIENTENVERSORGUNG – QUO VADIS?



» Im Jahr 2009 beschloss der Gesetzgeber die Neuausrichtung der Vergütung psychiatrischer Krankenhausleistung. Im Vergleich zu den somatischen Krankenhäusern und Abteilungen wird die Krankenhausbehandlung in der Psychiatrie nicht in DRGs (Diagnosis Related Groups – diagnosebezogene Fallgruppen) abgerechnet.

Bei der Einführung des DRG-Systems wurde die Psychiatrie mit dem Argument ausgespart, dass man Menschen in schweren psychischen Krisen nicht nach Fallpauschalen abrechnen kann, da die Kostenverläufe in der Behandlung nicht im gleichen Verhältnis degressiv wirken wie viele Leistungen in somatischen Krankenhäusern.

Nach der Einführung der German-DRGs vergingen einige Jahre, in denen die psychiatrische Krankenhausbehandlung weiter über pauschale Tagessätze finanziert wurde, die mit den Krankenkassen von jedem Krankenhaus zu verhandeln waren.

Dieses Vorgehen implizierte für den Gesetzgeber einige Ungerechtigkeiten. So wird das Krankenhausbudget durch das Verhandlungsgeschick der örtlichen Krankenkassen und Krankenhausleitungen bestimmt und Leistungsunterschiede in den Kliniken spielen in diesem System keine Rolle.

Mit dem **Pauschalisierten Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)** sollte sich dies ändern. Der Gesetzgeber gab den Selbstverwaltungspartnern den **Auftrag ein System zu entwickeln, das nicht auf Fallpauschalen, sondern auf Tagespauschalen baut**. Auch sollten Budgetunterschiede in den Bundesländern durch eine Landeskonvergenz über Jahre angeglichen werden.

Um ein leistungsdeterminiertes System zu entwickeln, um Tagespauschalen zu kalkulieren, braucht es beschriebene Leistungen. Diese wurden durch die Fachgesellschaften entwickelt und in den **Operationen- und Prozedurenkatalog (OPS)** eingeführt, um die Leistungen in der Psychiatrie kodieren zu können.



Das PEPP-System wurde durch das Institut für Entgeltentwicklung im Krankenhaus entwickelt und kalkuliert. Nach wenigen Jahren wurde deutlich, dass es kaum Leistungsbestandteile gibt, mit denen eine Kostentrennung einhergeht. Es zeigt sich, dass es gute Leistungsbeschreibungen für die Patientengruppen gibt, die gut zu behandeln sind. **Patientengruppen, bei denen klassische Therapiesitzungen im Kontext von 25 Minuten nicht denkbar sind, haben sehr häufig einen weit größeren Bedarf an multiprofessioneller Leistung, die aber durch das OPS-System nur schwer bis nicht zu erfassen ist.** Es zeigt sich über die letzten Jahre, dass etwa 10% der Gesamtkosten über die Leistungserfassung abzubilden sind. Auch zeigt sich, dass das PEPP-System, genauso wie das DRG-System, notwendige Personalressourcen nicht berücksichtigt.

Vor diesem Hintergrund haben die Psychiatrischen Fachgesellschaften und Fachverbände im Jahr 2015 zusammengeschlossen und gemeinsam gegen das PEPP-System argumentiert. Diese Initiative war sehr erfolgreich, **da der Gesetzgeber im Jahre 2017 das PEPP-System grundsätzlich reformiert hat. Mit dem nun gültigen „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)“ wurden einige Kritikpunkte am PEPP-System aufgegriffen und geändert.** So wird die Finanzierung der Betriebskosten wieder über Budgetverhandlung auf Ortsebene bestimmt. Allerdings folgen diese nun anderen Bedingungen. Das **psychiatrische Krankenhausbudget** der Zukunft wird aus drei Elementen bestehen und sieht wie folgt aus:

- | Umsetzung der Personalanforderungen (bis einschließlich 2019 das PsychVVG und ab 2020 die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss)
- | Leistungselemente (PEPP)
- | krankenhausindividuelle Besonderheiten.

Nicht nur das Budgetsystem wurde neu definiert. Auch wurde mit dem PsychVVG die **Möglichkeit geschaffen, stationäre Krankenhausbehandlung zu Hause (stationsäquivalente Behandlung (STÄB)) anzubieten.** Neben der STÄB ist es aus Patientenperspektive als positiv zu werten, dass es **verbindliche Personalmindeststandards** geben wird. Hierzu ist der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt worden.

Die neuen Personalvorgaben müssen zum 1. Januar 2020 eingeführt sein und haben als Richtlinie Gesetzescharakter. Die Personalvorgaben sind mit Nachweispflichten versehen. Damit unterscheidet sich das PsychVVG maßgeblich vom PEPP- oder DRG-System, in denen die Menge an Personal keine Rolle gespielt hat oder spielt. **Mit den verbindlichen Vorgaben sorgt der Gesetzgeber dafür, dass Klinikleitungen auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorhalten, die Menschen in schweren psychischen Krisen für eine evidenzbasierte Versorgung benötigen.** Die Leistungsorientierung wird auch eine Rolle spielen. Daher sind die PEPP-Elemente mit dem PsychVVG nicht gestrichen, sie bekommen eine neue Bedeutung. Auch krankenhausindividuelle Besonderheiten werden berücksichtigt.

Zusammenfassend ist mit dem PsychVVG ein Gesetz in Kraft getreten, das eine deutliche Handschrift im Kontext der Patientenorientierung trägt. Stationäre Behandlung zu Hause und eine verbindliche Vorgabe an Personal sind zwei Elemente, die einer zusehend ökonomisierten und renditeorientierten Krankenhauslandschaft entgegenstehen. Ob das PsychVVG die Versprechungen halten kann, wird man erst in ein paar Jahren beurteilen können.



Prof. Dr. rer. medic. Michael Löhr
Professor für Psychiatrische Pflege
Studiengangsleiter

Einrichtung /Bereich:
Fachhochschule der Diakonie

Expertenwissen:
Komplexe Interventionen in der Psychiatrie,
Personalbemessung,
Neues Entgeltsystem in der Psychiatrie

➤ GERECHTIGKEIT, CHRISTLICHE ETHIK UND SOZIALRECHT

WIE PASST DAS ZUSAMMEN?





» „Ach Mensch, das ist nicht gerecht!“ – ob als Seufzer oder als Aufschrei, ob im Kindergarten, im Betrieb oder auf dem Sterbebett – alle Menschen tragen in sich ein Wissen um Recht und Unrecht. Am stärksten wird dieses empfunden, wenn es um die eigene Person geht, wenn Enttäuschung und Schmerz empfunden werden, weil etwas nicht ist, wie es sein sollte.

In unseren v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel mit ihren vielen Einrichtungen, in denen auf unterschiedlichste Weise Menschen begleitet, gepflegt, geheilt, betreut oder ausgebildet werden, ist die Frage nach Gerechtigkeit alltäglich. Fairness, Mitgefühl, Barmherzigkeit und liebevolle Zuwendung sind hohe Werte unseres christlich geprägten Miteinanders, aber immer wieder verlangt das Leben in bestimmten Momenten nach grundsätzlichen Regelungen, die für alle gelten und verbindlich sind.

Was ist Gerechtigkeit und wodurch werden die Fragen nach Gerechtigkeit beantwortet? Unsere christliche Religion und unser Glauben stehen hier in vieltausendjähriger Tradition und Entwicklung. Die Rede von christlicher Ethik meint die Entwicklungen, die seit Jesus Christus begannen. **Die Faszination und Attraktivität des Christentums bestand von Anfang an darin, dass neben die juristische Dimension des bisherigen Rechtschaffens damals mit der Nächstenliebe ein neues Moment trat.** Plötzlich weitete sich der Horizont der Zuständigkeit. Jetzt sind die Nächsten nicht nur die nahestehenden Menschen, sondern einfach jede und jeder, mit dem ich zu tun habe. Damals war damit die Nachbarschaft, die Ortsgemeinschaft oder jegliche persönliche Begegnung gemeint, wie z.B. der Reisende fremder Herkunft, der dem Opfer des Raubüberfalls hilft in der berühmten Geschichte vom barmherzigen Samariter. **In die heutige globale Welt übersetzt heißt das, dass ich mich in meinem Wissen um die Zustände in jedem Winkel der Welt in der Mitverantwortung für die eine ganze Welt weiß.**

Der „Zadikh“ (der Gerechte) im Alten Testament ist ein Mensch, der nach Gottes Gebot lebt. Im zweiten Buch Mose gibt Gott die Zehn Gebote. Im dritten Buch Mose, Leviticus, werden sprichwörtlich die Leviten gelesen. Diese ordnen das alltägliche Zusammenleben des jüdischen Volkes und geben klare Anweisungen, was wer im „Fall eines Falles“ zu tun hat. Schon in der Entstehungsgeschichte dieses Regelwerkes **tritt die Spannung hervor zwischen menschlicher und göttlicher Gerechtigkeit**, z.B. das Fünfte Gebot „Du sollst nicht töten“ (2.Mo 20,13) versus „Wenn jemand einen Menschen erschlägt, soll er mit dem Tode bestraft werden“ (3.Mo 24,17).

Die biblischen Geschichten zeigen, dass Gerechtigkeit kein Gefühl ist, auch kein Naturzustand. **Gerechtigkeit hat ihren Sitz im Beziehungsgeschehen und tritt als Aspekt des Lebens erst auf, wenn es um die Beschreibung des Miteinanders geht.** In der Bergpredigt beschreibt Jesus das uns Menschen eigene existenzielle Bedürfnis nach Gerechtigkeit, das so grundlegend für unser Leben ist wie Essen und Trinken: „Selig sind, die da hungert und dürstet nach der Gerechtigkeit; denn sie sollen satt werden“ (Matthäus 5,6).

Weil Gemeinschaft immer Gerechtigkeit braucht, gibt es Regeln für das Zusammenleben. Die Anerkennung der Gültigkeit dieser Regeln bildete die Rede von Ethik oder Ethos (griechisch ἔθος „Gewohnheit, Sitte, Brauch“), was nicht nur für das Verhalten einzelner steht, sondern auch für das gesamte Gefüge moralischer Verhaltensweisen der sozialen Gesellschaft.

Die Vokabel „gerecht“ wird oft benutzt: jemandem soll Gerechtigkeit widerfahren, oder jemand fühlt sich ungerecht behandelt von einer Person oder einfach vom Leben. Wenn von einem gerechten Menschen die Rede ist, dann verteilt er seine Liebe oder Leistungen oder Geld fair. Ob es um Schuld und Sühne geht oder darum, wem was zusteht – **Gerechtigkeit wird weltlich gesehen ökonomisch gehandhabt. Regeln und Ordnungen**

bemessen, was wem warum zusteht. Dieses Regel- und Gesetzeswerk ist in permanenter Weiterentwicklung. Die beste aller Welten wird im 85. Psalm besungen als eine, „wo Gerechtigkeit und Friede sich küssen“ (Ps 85,10). Was braucht es dafür als Voraussetzung, was können wir tun?

„Suchet der Stadt Bestes und betet für sie zum Herrn. Denn wenn ihr's wohl geht, so geht's auch euch wohl“: So schreibt der Prophet Jeremia dem Volk Israel (Jeremia 29, 5-7), dem verzweiferten Gottesvolk, welches verschleppt wurde ins babylonischen Exil und Trost und Rat benötigt. Der Stadt Bestes suchen – hier, wo sie unfreiwillig festgehalten und als Verbannte doch eigentlich für nichts zuständig sind, gerade mal mit dem eigenen Überleben beschäftigt, und vor Sehnsucht nach der Heimat und den vertrauten Ordnungen fast vergehen? Jeremia proklamiert, den Blick vom Privaten auf die Gemeinschaft insgesamt zu richten. Selbst in Ohnmacht und Rechtlosigkeit sind die Menschen aufgefordert, sich für Gemeinwesen und Wohlfahrt einzusetzen, Verantwortung zu übernehmen und anzustreben, was irgend nur möglich ist. Wo im hebräischen Urtext „Shalom“ steht, hat Martin Luther übersetzt „der Stadt Bestes“ oder des Staates und aller, die darin leben: Gemeinschaft und Wohlergehen, Gerechtigkeit und Frieden – alles steckt da drin. Und jede und jeder kann hier mittun, mit der je eigenen Begabung, Leidenschaft und Möglichkeit. **Gestaltend mitzuwirken, sich einzubringen in allen Lebensbereichen, für Land und Leute und das Gemeinwohl mitzugestalten. Unser Glaube motiviert uns dazu und er gibt uns dabei auch grundsätzliche ethische Leitlinien vor.**

In ganz grundlegenden ethischen Herausforderungen ringen wir häufig um den rechten Weg. Bei aller Sehnsucht nach Eindeutigkeit dominieren in der politischen Debatte die Meinungsverschiedenheiten: Wie eine menschenwürdige Begleitung Schwerstkranker und Sterbender ermöglichen? Welche Rechte werden Menschen zugestanden, die als Flüchtlinge in unser Land kommen? Welche Rolle wird



den Betroffenen selbst dabei zugestanden? Wieviel Pflege, wieviel Fürsorge wird benötigt? Was definiert die erforderliche Qualifikation und Angemessenheit der Vergütung? Was ist dabei Aufgabe des Rechts, und wo endet die Aufgabe des Rechts in der individuellen Situation?

Die Definitionen der gesellschaftlichen Aufgaben in Wohlfahrt und Fürsorge für Menschen mit Unterstützungsbedarf werden immer differenzierter und der Regelbedarf immer komplexer. Wirtschaftlichkeit, Fachkräftemangel und der Bedarf an neuen Ausbildungsformen prägen die gegenwärtigen Debatten. **Die aktuellen Schlagwörter lauten Mit- und Selbstbestimmung, Teilhabe und Inklusion. Für unsere heutige Diakonie ist diese Dynamik besonders spürbar in den sozialrechtlichen Novellen. Ob Pflegestärkungsgesetz oder Bundesteilhabegesetz (BTHG), ob Werkstättenmitwirkungsverordnung oder der rechtliche Rahmen für die Hospizarbeit – die guten Absichten sind erkennbar, aber die durchgängig „gerechten“ Lösungen stehen noch aus.**

Stellvertretend für viele soziale Fragestellungen hier zwei Stimmen aus der Praxis: „**Das sozioethische Hauptproblem liegt in meiner Sicht momentan nicht bei der Einigung über diese Standards als vielmehr bei der nicht für jeden Menschen gewährleisteten Zugangsgerechtigkeit zu den entsprechenden Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen**“, so Pastor André Zank-Wins, Geschäftsführer des Diakonie-Hospiz in Berlin-Lichtenberg.

In der Arbeit der Eingliederungshilfe wird die Betonung von Selbstbestimmung und Teilhabe im neuen BTHG generell begrüßt. Jedoch ist zu bemängeln, dass Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf, die sich kaum oder gar nicht äußern können, nun dem Risiko ausgesetzt sind, mehr als zuvor benachteiligt zu werden. Jeanette Pella, Geschäftsführerin von „leben lernen“ am Diakonischen Diakoniewerk Königin Elisabeth in Berlin, sieht mit Sorge

die verstärkt gewünschte Abrechenbarkeit von Zielen und Leistungen und fragt kritisch:

» Sind Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeitserfahrungen seitens des Gesetzgebers etwa nur für jene Menschen mit Beeinträchtigung vorgesehen, die ‚nicht so sehr eingeschränkt‘ sind, dass sie Ziele benennen, an ihnen arbeiten und diese auch erreichen können? «

Gegenüber allen nur denkbaren Formen von Unterstützungsbedarf gilt: Diakonische Arbeit betont und lebt solche Fürsorge, die alle irgend mögliche Eigenverantwortung und Selbstbestimmung fördert und zugleich die individuelle Angewiesenheit auf umfassende Assistenz anerkennt. Darin werden wir, christlich-ethisch gesprochen, denen gerecht, die uns als unsere Nächsten anvertraut sind.



Friederike Winter
Theologische Geschäftsführerin, Pastorin

Einrichtung /Bereich:
Hoffnungstaler Stiftung Lobetal,
Evangelisches Krankenhaus Königin
Elisabeth Herzberge, Berlin

Expertenwissen:
Theologie und Seelsorge, Diakonisches
Profil, Systemische Beratung



IMPRESSUM

© Bethel-Verlag, Bielefeld 2018
ISSN: 2364-0294

Herausgeber:
v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel
V.i.S.d.P. Werner Arlabosse
Stiftungen Sarepta | Nazareth
Nazarethweg 5, 33617 Bielefeld
Telefon: (0)521 144-2229
Telefax: (0)521 144-2213
www.bethel-wissen.de

Redaktion:
Katrin Krohne-Klaus,
Diakon Patrick Quack
redaktion@bethel-wissen.de

Produktion:
Diakon Martin Eickhoff-Drexel

Konzeption/Design/Prepress:
Gute Botschafter GmbH
www.gute-botschafter.de

Gedruckt auf FSC-zertifiziertem Papier

Druck und Verarbeitung:
Halterner Druckerei GbR, www.halternerdruckerei.de
Bildnachweise:

Titel: LynxVector / shutterstock
Titel: Aboard / shutterstock
S. 4: subman / iStock
S. 10: Reinhold Leitner / shutterstock
S. 22: Valentin Agapov / shutterstock
S. 28: Abraham Pisarek / Deutsche Fotothek /
Wikimedia Commons, CC-by-SA 3.0
S. 51: Aleksei Gurko / shutterstock
S. 51: Bohbeh / shutterstock
S. 51: Pakhnyushchy / shutterstock
S. 51: wanchai / shutterstock
S. 56: Volodya Senkiv / shutterstock
S. 59: margie / photocase
Diverse: Bethel / Stiftungen Sarepta | Nazareth

Entdecken Sie unser Fachthemenportal:

www.bethel-wissen.de



WEB



ARCHIV



ABO