

# Pflege-Report 2015

## „Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmeiy /  
Stefan Greß / Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2015

Auszug Seite 147-153



<b>11</b>	<b>Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit – rechtliche Barrieren zur Diversifizierung des Angebots .....</b>	<b>147</b>
	<i>Felix Welti</i>	
11.1	Einleitung.....	147
11.2	Rechtliche Barrieren .....	148
11.2.1	Numerus Clausus der Leistungsformen und Leistungserbringer bei Sachleistungen der Pflegeversicherung .....	148
11.2.2	Begrenztes Volumen beim Pflegegeld.....	149
11.2.3	Restriktionen beim Persönlichen Budget .....	149
11.2.4	Mehrkostenvorbehalt in der Sozialhilfe .....	150
11.2.5	Sektorentrennung .....	151
11.2.6	Objekt- und Sektorenorientierung von Investitionsförderung .....	152
11.2.7	Objektorientierung der Aufsichtsbehörden und des Verbraucherschutzes .....	152
11.3	Schluss.....	152

# 11 Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit – rechtliche Barrieren zur Diversifizierung des Angebots

Felix Welti

## Abstract

Die sozial-, zivil- und ordnungsrechtliche Regulierung von Diensten und Einrichtungen der Langzeitpflege führt zu Barrieren einer Diversifizierung des Angebots. Dies liegt vor allem am gegliederten Sozialleistungssystem mit unterschiedlichen Leistungsträgerschaften der Pflegeversicherung, Krankenversicherung und Sozialhilfe, einer strikten Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Angeboten in allen Rechtsgebieten und einer unzureichenden Integration von Krankenbehandlung, medizinischer Rehabilitation, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und Pflege. Es wäre sinnvoll, Pflegeleistungen sozialrechtlich bei den Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen und in deren Koordination einzuordnen und insbesondere die Restriktionen für Persönliche Budgets in der Pflege aufzuheben.

Due to social, civil and regulatory law, there are barriers which prevent a diversification of long-term care services and facilities in Germany. This is mainly due to the structured social benefit system with different responsibilities of long-term care insurance, health insurance and social assistance and a strict distinction between outpatient and inpatient care in all areas. Furthermore, there is an insufficient integration of medical treatment, medical rehabilitation, participation in community life and long-term care. It would make sense to classify long-term care services as participation benefits for people with disabilities and in their coordination and to repeal the restrictions on personal budgets in long-term care.

## 11.1 Einleitung

Menschen mit langfristigem Pflegebedarf haben – je nach Ursache der Pflegebedürftigkeit, sozialem und familiärem Kontext – unterschiedliche Bedarfe und Präferenzen, die oft weder ein einfaches Fortschreiben der bisherigen Wohnsituation noch der Umzug zu pflegenden Angehörigen oder in ein Heim sind. Es werden unterschiedliche Unterstützungsleistungen und Wohnarrangements nachgefragt oder gewünscht. Für deren Entwicklung bestehen jedoch auch rechtliche Barrieren, die im gegliederten Sozialleistungssystem und durch Dichotomien vor allem zwischen stationär und ambulant entstehen können (vgl. Kuhn-Zuber 2012). Für die Pflegeversicherung, für das Heimordnungs- und Heimvertragsrecht ist eine Wohnsituation grundsätzlich nur als „Heim“ oder „Nicht-Heim“ einzustufen. Finanzielle Barrieren

folgen häufig den rechtlichen Barrieren, wenn die Finanzströme den rechtlichen Zuordnungen folgen oder wenn Rechtsvorschriften den Zugang zu bestimmten Angeboten erleichtern, zu anderen jedoch erschweren.

Die Diskussion über die notwendige Diversifizierung des Angebots hat neue Dynamik gewonnen durch die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK), die die Bundesrepublik Deutschland ratifiziert hat und die seit 2009 verbindlich ist. Pflegebedürftige Menschen im Sinne der Pflegeversicherung sind immer auch behindert. Das langfristige Element der Beeinträchtigung von Funktionsfähigkeit und Aktivitäten ist in § 2 Abs. 1 SGB IX und § 14 SGB XI übereinstimmend mit sechs Monaten bestimmt. Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sind für viele – auch jüngere – behinderte Menschen ein wesentlicher Teil der ihre Selbstbestimmung und Teilhabe sichernden Leistungen. Sie sind daher den Anforderungen der UN-BRK entsprechend auszugestalten. Auch aus diesem Grund sollten die notwendigen Reformen von Pflegeversicherung, Sozialhilfe und Teilhaberecht im Zusammenhang behandelt werden (Welti 2014a).

Nach Art. 19 UN-BRK müssen die Vertragsstaaten gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben und dass sie nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben. Weiter müssen sie gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen haben, einschließlich der persönlichen Assistenz. Das Pflegeversicherungsrecht steht noch nicht im Kern der Diskussionen um die Umsetzung der UN-BRK, obwohl es sich für viele behinderte Menschen mit Pflegebedarf als Barriere der Selbstbestimmung erweist (vgl. Kesselheim 2013; Wansing 2013; Banafsche 2012; Lachwitz und Trenk-Hinterberger 2010). Nötig wäre dazu ein neues Verständnis, dass Pflege nicht als isolierten Leistungs- und Regelungssektor betrachtet, sondern als Teil eines komplexen Leistungs- und Ordnungsrechts für behinderte Menschen (Welti 2010; vgl. auch Wilcken 2011).

## 11.2 Rechtliche Barrieren

### 11.2.1 Numerus Clausus der Leistungsformen und Leistungserbringer bei Sachleistungen der Pflegeversicherung

Für die Sach- und Dienstleistungen der Pflegeversicherung ist kein offenes, am Bedarf orientiertes Leistungsprogramm vorgesehen, wie es grundsätzlich in der Krankenbehandlung oder Rehabilitation besteht (Igl 1999). Die möglichen Leistungen werden im Leistungsrecht definiert und insbesondere dem Wert nach bestimmt (§§ 36, 41–43a SGB XI) und ihr Inhalt wird im Leistungserbringungsrecht durch Verträge genauer festgelegt (§§ 71–75 SGB XI). Die möglichen Leistungserbringer werden nach §§ 71, 72 SGB XI festgelegt. Es darf sich nur um ambulante oder um stationäre Pflegeeinrichtungen unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft handeln. Damit werden Dienste und Einrichtungen der Krankenbehandlung, Rehabilitation oder Teilhabe, die unter ärztlicher, psychologischer oder

pädagogischer Leitung stehen, oder rein hauswirtschaftlich ausgerichtete Leistungserbringer ausgeschlossen. Dieser Ausschluss ist unabhängig davon, ob diese Leistungserbringer in der Lage wären, die von den Pflegebedürftigen gewünschte oder sogar die definierte Leistung zu erbringen. Die Beschränkungen in §§ 71, 72 SGB XI dienen der Qualitätssicherung (Igl und Welti 1999) – ähnlich wie der Arztvorbehalt in der Krankenversicherung –, können aber eine Diversifizierung des Angebots behindern. Dies gilt umso mehr, als der pflegerische Qualitätsstandard weit weniger standardisiert und objektiviert ist als der medizinische Standard.

### 11.2.2 Begrenztes Volumen beim Pflegegeld

Freier sind die Leistungsberechtigten in ihrer Bedarfsdeckung, wenn sie anstelle der Sach- und Dienstleistung das Pflegegeld (§ 37 SGB XI) in Anspruch nehmen. In diesem Fall beträgt die Leistung jedoch in Pflegestufe I nur wenig mehr als die Hälfte, in Pflegestufe II und III sogar weniger als die Hälfte des Leistungsvolumens für die Sach- und Dienstleistung (kritisch: Schütte 2007). Das Bundesverfassungsgericht hält diese Ungleichbehandlung für gerechtfertigt, nicht zuletzt wegen der familiären Beistandspflichten, auf die der Gesetzgeber verweisen darf, und hat eine Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen (BVerfG-Kammerentscheidung vom 26.03.2004, 1 BvR 1133/12, NZS 2014, 414).

Ein gewisses Korrektiv ist die Möglichkeit, die Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) in Anspruch zu nehmen. Damit können Leistungsberechtigte jedenfalls kleinere Beträge für eine Diversifizierung des Angebots in Anspruch nehmen, ohne andererseits ganz auf qualitätsgesicherte Sach- und Dienstleistungen verzichten zu müssen.

### 11.2.3 Restriktionen beim Persönlichen Budget

Die Möglichkeit der Umwandlung eines Sach- und Dienstleistungsanspruchs in ein Persönliches Budget (§ 17 Abs. 2 SGB IX) soll für behinderte Menschen mehr Wahlfreiheit schaffen, indem sie ihre Ansprüche trägerübergreifend in ein nach dem individuellen Bedarf bemessenes Budget einbringen können, einen Geldbetrag, der monatlich ausgezahlt wird und nach Maßgabe einer Zielvereinbarung frei für die Bedarfsdeckung eingesetzt werden kann (Welti 2014b; Klie 2009a; Hajen 2001).

In das Persönliche Budget können Leistungen zur Teilhabe, Rehabilitation, Krankenbehandlung und Pflege eingebracht werden. Die Möglichkeit ist aber bei der Pflegeversicherung stark eingeschränkt. Nach § 35a SGB XI können die Ansprüche auf Sach- und Dienstleistungen der Pflegeversicherung nur in Form von Gutscheinen für zugelassene Pflegeeinrichtungen und nicht in Geld in ein Budget eingebracht werden. Damit erhalten die Leistungsberechtigten immerhin die Möglichkeit, von zugelassenen Leistungserbringern andere Leistungen in Anspruch zu nehmen, als es die untergesetzlichen Normen der Leistungserbringung zulassen. Alternative Wege der Bedarfsdeckung mit anderen Leistungserbringern sind also verbaut. Das betrifft gerade behinderte Menschen, die ihre Unterstützung und Pflege als Arbeitgeber ihrer Assistenzkräfte selbst organisieren möchten.

Die mögliche Öffnung des Pflegeversicherungsrechts für das Arbeitgebermodell durch die Möglichkeit, häusliche Pflege durch geeignete Einzelpersonen si-

cherzustellen (§ 77 SGB XI), ist vom Gesetzgeber verbaut worden, indem eine solche Gestaltung nur noch im Bestandsschutz möglich war und ansonsten durch das SGB XI verboten wurde (§ 77 Abs. 1 Satz 4–6 SGB XI). Die Pflegeversicherung ist hier eine Barriere der Selbstbestimmung und bedarfsgerechten Diversifikation des Angebots (vgl. Welti 2000; Hessisches LSG v. 26.08.1999, L 14 P 1113/97; BSG v. 18.03.1999, B 3 P 8/98 R, NJW 2000, 1813).

Weiterhin verbietet § 35a SGB XI insgesamt die Inanspruchnahme von Leistungen der stationären Pflege nach § 43 SGB XI in Form eines Persönlichen Budgets. Damit wird mehr Selbstbestimmung und Wahlfreiheit innerhalb stationärer Wohnformen erschwert.

Modellversuche nach § 8 Abs. 3 SGB XI mit einem allein pflegebezogenen Budget und insbesondere mit einem auch andere Leistungen einbeziehenden integrierten Budget waren durchaus erfolgreich (Siebert und Klie 2008), sind aber weder von den Pflegekassen noch vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Gesetzgeber positiv aufgegriffen worden.

Die Restriktionen des Pflegeversicherungsrechts beim Persönlichen Budget sind ein Fremdkörper in dem auf mehr Selbstbestimmung und bedarfsgerechte Angebote ausgerichteten Recht behinderter Menschen. Sie sind motiviert durch die Sorge, die Abstufung zwischen den Leistungshöhen von Pflegegeld und Pflegesachleistung könnte in Frage gestellt werden. Wer die Sachleistung in ein Budget umwandelt, hätte mehr Geld zur Verfügung als eine Person, die nur Pflegegeld beansprucht. Das kann jedoch dauerhaft kein Grund sein, behinderten pflegebedürftigen Menschen bedarfsgerechte Leistungen zu verweigern. Instrumente zur Qualitätssicherung stehen mit der Zielvereinbarung (§ 3 BudgetV) und den Pflichteinsätzen (§ 37 Abs. 3 SGB XI) zur Verfügung. Es könnte durchaus sichergestellt werden, dass das Budget nicht allein der Haushaltskasse zugute kommt.

#### 11.2.4 Mehrkostenvorbehalt in der Sozialhilfe

Viele Pflegebedürftige sind auf Hilfe zur Pflege (§ 61 SGB XII) ergänzend zu den Leistungen der Pflegeversicherung angewiesen. Sie unterliegen damit dem Vorbehalt nach § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII, wonach der Träger der Sozialhilfe eine ambulante Leistung ablehnen kann, wenn eine stationäre Leistung zumutbar und eine ambulante Leistung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist. Die unbestimmten Rechtsbegriffe „zumutbar“ und „unverhältnismäßig“ sind im Lichte der UN-BRK auszulegen. Gleichwohl halten Träger der Sozialhilfe und Gerichte immer noch im Einzelfall ein Leben im Heim gegen den Willen der betroffenen behinderten Menschen für zumutbar (vgl. LSG Sachsen-Anhalt, B. v. 03.030.2011, L 8 SO 24/09 B ER, ZfSH/SGB 2011, 414). Ob diese Regelung mit der UN-BRK vereinbar ist, ist umstritten (dafür Münning 2013; kritisch: Banafsche 2012; Degener 2009). Jedenfalls steht sie der Diversifizierung eines bedarfsgerechten ambulanten Angebots für schwer pflegebedürftige Menschen entgegen.

## 11.2.5 Sektorentrennung...

### a. ...bei der Wahlfreiheit zwischen Sach- und Geldleistung

Pflegegeld, Kombinationsleistung und Persönliches Budget dürfen nur in Anspruch genommen werden, solange die Leistungsberechtigten in ihrem eigenen Haushalt leben. Sie dürfen nicht als Alternative zur Bedarfsdeckung in stationären Einrichtungen benutzt werden (vgl. Linke 2005). Eine Diversifizierung von Angeboten in dem Sinne, dass Menschen in stationären Einrichtungen einen Teil von deren Angeboten abwählen, um ambulante Dienste in Anspruch zu nehmen, ist nicht vorgesehen.

### b. ...zwischen Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe

Viele behinderte pflegebedürftige Menschen haben sowohl Bedarf an Leistungen zur Pflege wie an Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX) – meist der Sozialhilfe (§§ 53, 54 SGB XII), die sie beim selbstbestimmten Wohnen unterstützen. Dienste und Einrichtungen dürfen aber nur entweder Pflegeeinrichtungen oder Leistungserbringer der Behindertenhilfe sein. Erbringen Behinderteneinrichtungen Pflegeleistungen, werden die Ansprüche gegen die Pflegeversicherung stark reduziert (§ 43a SGB XI). Dies führt auch zu einer Verminderung der Wahlfreiheit der Leistungsberechtigten und zu Barrieren für die Einrichtungen bei der Diversifizierung ihres Angebots für Personen, die Pflege- und Teilhabebedarfe haben. Die Ungleichbehandlung nach dem gewählten Einrichtungsort kann auch mit guten Gründen für verfassungswidrig gehalten werden (Welti 2012). Sie vermindert Leistungs- und Wahlrechte in Abhängigkeit von der Schwere der Beeinträchtigung behinderter Pflegebedürftiger. Dies könnte eine Benachteiligung wegen der Behinderung (Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG) sein, wenn man diesen Verfassungssatz auch für Ungleichbehandlung zwischen behinderten Menschen für anwendbar hält („Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“) Auch wenn man nur den allgemeinen Gleichheitssatz für anwendbar hielte, so handelte es sich doch um eine Ungleichbehandlung aufgrund von Merkmalen, die die Betroffenen nicht beeinflussen können, was für einen strengeren Maßstab bei der Rechtfertigung der Ungleichbehandlung spricht. Das Bundessozialgericht (BSG v. 26.04.2001, B 3 P 11/00 R, NZS 2002, 89) hat sich dieser Position noch nicht angeschlossen.

### c. ...zwischen Pflegeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen

Viele pflegebedürftige Menschen haben zugleich Bedarf an Leistungen der medizinischen Rehabilitation, um ihre Pflegebedürftigkeit aufzuheben, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Dienste und Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation können aber nicht zugleich Pflegeeinrichtungen sein (vgl. Klie 2009b). Dies kann sich als Barriere für die Entwicklung eines rehabilitativen Angebots für Pflegebedürftige auswirken. Der Gesetzgeber verfolgt hier ein nicht widerspruchsfreies Regelungskonzept, indem Pflegeeinrichtungen einerseits mit finanziellen Anreizen zu rehabilitativen Maßnahmen veranlasst werden sollen (§ 87a Abs. 4 Satz 1 SGB XI), andererseits aber die Anforderungen an eine medizinische Rehabilitationseinrichtung (§ 107 Abs. 2 Nr. 1b SGB V) nicht erfüllen können. Lösungen können hier nur durch ein komplexes Konzept kooperierender Einrichtungen unter einem Dach mit integrierter Versorgung (§ 140b Abs. 1 Nr. 5 SGB V; § 92b SGB XI) geschaffen werden.

## 11.2.6 Objekt- und Sektorenorientierung von Investitionsförderung

Die Investitionsförderung für Pflegeeinrichtungen durch die Länder ist ganz überwiegend auf stationäre Einrichtungen ausgerichtet. In einigen Ländern werden diese direkt gefördert (Objektorientierung), in anderen folgt die Förderung den Leistungsberechtigten (Pflegewohngeld, Subjektorientierung) (Klie 1999). Zwar ist letztere Förderform eher an den subjektiven Präferenzen ausgerichtet. Doch folgen beide Modelle der leistungsrechtlichen Abgrenzung zwischen ambulant und stationär und können so eine weitere Diversifizierung nur begrenzt fördern. Eine Investitionsförderung für ambulante Angebote fehlt weitgehend.

## 11.2.7 Objektorientierung der Aufsichtsbehörden und des Verbraucherschutzes

Das zivilrechtliche Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz des Bundes (WBVG) und die Landesgesetze zum Heimrecht etablieren besonderen Verbraucherschutz und Aufsicht über stationäre Pflegeeinrichtungen. Sie betreffen aber bis auf wenige Ausnahmen nicht die Dienste der ambulanten Pflege und Einrichtungen des betreuten Wohnens (vgl. § 1 Abs. 1 Satz 3 WBVG), während zum Beispiel der ambulante Pflegevertrag (§ 120 SGB XI) unzureichend geregelt ist (Krahmer und Plantholz 2013). Damit wird die Schutzbedürftigkeit nicht an den behinderten und pflegebedürftigen Personen, sondern an ihrer Wohnform festgemacht. Einzelne Länder, wie Hessen, haben aber auch ambulante Dienste einbezogen. Dies ist verfassungskonform (StGH Hessen v. 12.02.2014, P.St. 2406, NVwZ-RR 2014, 409).

Bislang knüpfen die erweiterten Verbraucherschutzrechte des WBVG und der Heimgesetze der Länder am Wohnen in Einrichtungen an, nicht an der Beeinträchtigung und Erschwernis der Betroffenen, ihre Rechte durchzusetzen. Schutzrechte, die an der Person anknüpfen, gibt es nur im Rahmen einer gerichtlich angeordneten rechtlichen Betreuung (§ 1896 BGB), was eine hohe Eingriffsschwelle setzt. Ein subjektorientiertes Erwachsenenschutzrecht, das auch für Personen unterhalb der Schwelle der rechtlichen Betreuung (§ 1896 BGB) Schutzrechte im Rechtsverkehr realisiert, könnte sich möglicherweise förderlicher für eine Diversifizierung des Angebots auswirken als eine Ausdehnung objektorientierter, auf Einrichtungen bezogener Schutznormen (Pitschas 2013).

## 11.3 Schluss

Die rechtlichen Strukturen des für die Pflegeleistungen relevanten Rechts wirken – trotz normativer Bekenntnisse zur Selbstbestimmung (§ 2 SGB XI) – als relevante Barriere einer Diversifizierung und bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Angebote. Darauf wird – auch empirisch begründet – schon seit Längerem hingewiesen (Blinkert und Klie 2003; Schütte 2009).

Unter verfassungsrechtlichen, menschenrechtlichen und rechtssystematischen Gesichtspunkten weist die Rechtswissenschaft schon seit Längerem darauf hin, dass diese Barrieren für die Individuen und die sozialpolitischen Zielvorstellungen

problematisch sind. Sozialpolitik, Ökonomie, Pflege- und Teilhabewissenschaften sollten sich mit diesen Argumenten befassen.

## Literatur

- Banafsche M. Die UN-Behindertenrechtskonvention und das deutsche Sozialrecht. SGB 2012; 373–79.
- Blinkert B, Klie T. Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. Sozialer Fortschritt 2003; 319–25.
- Degener T. Welche legislativen Herausforderungen bestehen in Bezug auf die nationale Implementierung der UN-Behindertenrechtskonvention in Bund und Ländern? Behindertenrecht 2009; 34–51.
- Hajen L. Persönliche Budgets in der Behindertenpolitik. NDV 2001; 66–75.
- Igl G. Grundprobleme des Leistungsprogramms der Pflegeversicherung im ambulanten Bereich. VSSR 1999; 305–25.
- Igl G, Welti F. Öffentlich-rechtliche Grundlagen für die Entwicklung vorbehaltener Aufgabenbereiche im Berufsfeld Pflege. VSSR 1999; 21–55
- Kesselheim H. Teilhabe alter Menschen – unrealisierte gesellschaftliche Herausforderungen. NDV 2013; 265–70
- Klie T. Persönliche Budgets als produktive Irritation im Sozialleistungssystem. ArchSozArb 1/2009a; 4–16.
- Klie T. Rehabilitation vor Pflege aus rechtswissenschaftlicher und sozialpolitischer Sicht. In: Welti F. Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger. Berlin: Lit 2009b; 116–28.
- Klie T. Strukturen und Probleme der Landespflegegesetze. VSSR 1999; 327–38.
- Krahmer U, Plantholz M. Wie soll der novellierte § 120 SGB XI umgesetzt werden? Sozialrecht aktuell 2013; 137–43.
- Kuhn-Zuber G. Bedarfe und Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen – selbstbestimmte Pflege zu Hause. ArchsozArb 3/2012; 16–27.
- Lachwitz K, Trenk-Hinterberger P. Zum Einfluss der Behindertenrechtskonvention (BRK) der Vereinten Nationen auf die deutsche Rechtsordnung. RdLH 2010; 45–52.
- Linke T. Kombinierbarkeit ambulanter und stationärer Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung? NZS 2005; 14–18.
- Münning M. Mehrkostenvorbehalt ade? Subjektiv-öffentliche Rechte aus der UN-BRK? NDV 2013; 148–51.
- Pitschas R. Eingliederung des Betreuungsrechts in das Sozialgesetzbuch als Erwachsenenschutz. SGB 2013; 500–06.
- Schütte W. Das Pflegegeld nach § 37 SGB XI. NDV 2007; 211–18.
- Schütte W. Das Leistungskonzept der Pflegeversicherung im Reformprozess. SGB 2009; 185–92.
- Siebert A, Klie T. Das „Integrierte Budget“. NDV 2008; 341–46.
- Wansing G. „Mit gleichen Wahlmöglichkeiten in der Gemeinschaft leben“ – Behinderungen und Enthinderungen selbstbestimmter Lebensführung. In: Banafsche M, Becker U, Wacker E. Inklusion und Sozialraum. Baden-Baden: Nomos 2013; 69–86.
- Welti F. Leistungen zur Teilhabe und Reha im gegliederten System – Chance zur Strukturreform der Teilhabeleistungen. Sozialrecht + Praxis 2014a; 343–63.
- Welti F. Persönliches Budget. In: Deinert O, Welti F. Stichwortkommentar Behindertenrecht. Nomos: Baden-Baden 2014b; 662–68.
- Welti F. Pflegeleistungen und Teilhabeleistungen in Einrichtungen. Sozialrecht aktuell 2012; 189–97.
- Welti F. Bietet das SGB IX einen geeigneten Rahmen für Teilhabe und Pflege? ArchSozArb 2010; 3: 46–62.
- Welti F. Das Verbot des Versorgungsvertrags mit Angehörigen in § 77 SGB XI. PKR 2000; 39–43.
- Wilcken C. Pflegebedürftigkeit und Behinderung im Recht der Rehabilitation und Teilhabe und im Recht der Pflege. Berlin: Lit 2011.