

BV ANR e.V., Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld

Herrn Wolfgang Rombach
Ministerialdirigent
Leiter Unterabteilung Vb - Sozialhilfe
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Wilhelmstraße 49
10117 Berlin

Geschäftsstelle:
Am Zollhof 2a
47829 Krefeld
Tel.: 02151 4546920
Fax: 02151 4546925
Mail: bvanr@t-online.de

23/05/2016

Ihr Anschreiben zur Anhörung der Verbände zum Entwurf des Teilhabegesetzes vom 26.04.2016

Sehr geehrter Herr Rombach,

auf den folgenden Seiten möchten wir Ihnen unsere Stellungnahme zum
Referentenentwurf des Bundeteilhabegesetzes vom 26.04.2016 unterbreiten.

Für Fragen stehen wir Ihnen jederzeit sehr gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Johannes Pichler
Vorsitzender BV ANR e.V.

Teil 1 Regelungen für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen

Vorspann:

Kommentare und Diskussionsvorschläge des Bundesverbands Ambulant-teilstationäre Neurologische Rehabilitation e.V. Köln (BV ANR) mit dem besonderem Blickwinkel auf die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen durch die Folgen neurologischer Erkrankungen und Schädigungen (z. B. den Folgen von Schlaganfall, Schädelhirntrauma, Hypoxieschädigung, Wachkoma, insbesondere Encephalopathien, entzündlichen Erkrankungen des Nervensystems, Immunopathien, degenerativen Hirnerkrankungen, aber auch Querschnittslähmungen, chronischen Neuromuskulären Krankheiten, Muskeldystrophien, ALS, chronischen Polyneuropathien ..).

Etliche der Patienten mit diesen Krankheiten leiden langfristig, gelegentlich lebenslang an Beeinträchtigungen und Behinderungen durch die komplexen Kombinationen von Störungen körperlicher, geistiger, seelischer und Sinnesfunktionen. Dabei bedingen gerade die Beeinträchtigungen des zentralen Wahrnehmungs-, Steuerungs- und Regelungsorganes des Menschen, des Gehirnes, die erheblichen Behinderungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Der BV ANR begrüßt, dass im Referentenentwurf Teil 1 § 2 in der Begriffsbestimmung Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, explizit genannt sind. Das stellt gegenüber SGB IX § 2 eine positive Weiterentwicklung dar. Gleich zu Beginn möchte der BV ANR aber vorschlagen, im Teil 2, dem Eingliederungshilferecht in Kapitel 2 § 99 bei der Beschreibung des Leistungsberechtigten Personenkreises explizit diesem Behindertenbegriff zu folgen und in Absatz 1 (gleichlautend wie § 2) zu ergänzen durch Einfügung im ersten Satz:

„...zu leisten, deren körperliche, seelische, geistige und Sinnesbeeinträchtigungen sie in Wechselwirkung mit Kontextfaktoren an der gleichberechtigten, selbstbestimmten und umfassenden Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“.

Dies würde den neuen Behinderungsbegriff im BTHG-Entwurf vereinheitlichen und die Gefahr einer Schlechterstellung der Menschen mit seelischen, geistigen und Sinnesbeeinträchtigungen verhindern.

Der BV ANR fragt wegen der o.g. komplexen Besonderheiten der Menschen mit Behinderungen durch die Folgen erworbener Hirnschädigungen dezidiert nach, warum im BTHG-Entwurf die *Leistung eines personbezogenen Fallmanagements* in besonderen Problemlagen“ im BTHG-Entwurf nicht aufgenommen wurde?

Der diesbezügliche Vorschlag der DVfR wird vom BV ANR dezidiert übernommen: Einführung eines Leistungsanspruchs auf persönliche Unterstützung bei der Planung und Umsetzung der Leistungen zur Teilhabe im Sinne eines persönlichen Fallmanagements. Ganz übergeordnet regt der BV ANR an, die ICF als international anerkannte Systematik der Teilhabebeeinträchtigungen im gesamten BTHG-Entwurf systematisch und ungeteilt über alle Ebenen und Domänen und Kontextfaktoren zu verankern.

Weitere Detailbemerkungen des BV ANR - zumindest zu gewissen Teilen des BTHG-Entwurfes - folgen der Gliederung des aktuellen Referentenentwurfs:

Kapitel 1

Allgemeine Vorschriften

§ 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

§ 2 Begriffsbestimmungen

Der BV ANR begrüßt dezidiert - wie einleitend ausgeführt - , dass im BTHG-Referentenentwurf in § 2 Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder *Sinnesbeeinträchtigungen* haben, explizit genannt sind.

Es stellt sich aber die Frage, warum nicht in § 2 Absatz 1 schon explizit als einheitlich anzuwendender Bezugsrahmen für das gesamte BTHG die ICF mit Ihrem biopsychosozialen Konstrukt der Krankheitsfolgen und der international anerkannten Systematik der Teilhabebeeinträchtigungen und den verschiedenen Ebenen und Kontextfaktoren genannt wird?

Begründung

Der einheitliche ICF-Bezug im gesamten BTHG muss durchgängig für alle vom BTHG Betroffenen, Berechtigten, ALLE Träger und die Leistungserbringer gelten (siehe auch unten: ICF als gemeinsame Sprache und als einheitliches Instrument für Bedarfsermittlung, Teilhabeplanung, Gesamtplanung und Fallmanagement).

§ 3 Vorrang von Prävention

Der BV ANR schließt sich den Vorschlägen Anderer an und schlägt vor Absatz (2) Satz 1 wie folgt zu ändern:

"...wirken bei der Entwicklung und Umsetzung der Präventionsstrategie nach den Bestimmungen der §§ 20d bis 20g des Fünften Buches, insbesondere mit der Zielsetzung der Vermeidung von Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, mit."

Begründung:

Abweichend zu den Leistungen zur gesundheitlichen Prävention, die auf die Vermeidung von Krankheiten ausgerichtet sind, zielen die Leistungen zur Vermeidung des Eintritts einer Behinderung auf die Vermeidung von Beeinträchtigungen der Teilhabe ab. Dies wird in der vorliegenden Fassung des § 3 nicht mehr deutlich.

Der Vorschlag entspricht der Verpflichtung nach Art 25 Buchst. b der UN-BRK, weitere Behinderungen möglichst gering zu halten oder zu vermeiden.

§ 4 Leistungen zur Teilhabe

Der BV ANR empfiehlt Absatz (3) am Ende um einen Satz zu ergänzen:
„Dies sollte sich auch auf Kinder und Jugendliche in Rehabilitation beziehen.“

§ 5 Leistungsgruppen

Vorstand: Vorsitzender
Dr. Johannes Pichler
München
drjpichler@aol.com

stellv. Vorsitzende
Dr. Corina Kieseewalter
Bottrop
corina.kieseewalter@kk-bottrop.de

Der BV ANR fragt übergeordnet zu den §§ 6 und 7 nach, ob der Plan eines einheitlichen und übergeordnet für alle Reha-Träger gültigen Teilhaberechtes verloren gegangen ist?

Den Menschen mit Behinderung durch erworbene Hirnschädigung wurde durch die Vertreter des BMAS im Rahmen von 2 Nachsorgekongressen wiederholt zugesagt, dass die Vorrang-Regelungen des § 7 SGB IX im neuen BTHG dahingehend geändert würden, dass die Vorschriften im Teil 1 übergeordnet gelten für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für einzelne Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen keine höherwertigen Standards für Leistungen zur Teilhabe ergeben (z.B. DGVU).

Begründung:

Die Leistungspraxis zur medizinischen Rehabilitation und zu den nachgehenden Leistungen zur Rehabilitation zeigt, dass die Reha-Träger der GKV z.B. gegenüber den Menschen mit Beeinträchtigung und Behinderung durch die Folgen erworbener Hirnschädigung nach §40 und §43 SGB V deutlich unvollständiger (und teilweise nicht teilhabeorientiert) leisten, als es die Leistungen zur Teilhabe, wie sie in §42 des BTHG-Entwurfes beschrieben sind, vorgeben.

§ 6 Rehabilitationsträger

Der BV ANR fragt, warum der BTHG-Referentenentwurf die gesetzlichen Krankenkassen nur zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 5. Satz1) und zu unterhaltssichernden und anderen ergänzenden Leistungen (§5 Satz 3) verpflichtet und die GKV aus der Verantwortung für die Leistungen zur sozialen Teilhabe (bisher Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft §5 4 SGB IX) heraushält?

(1) Wenn die GKV von den Pflichten zu Leistungen zur sozialen Teilhabe (Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) weiterhin so dezidiert entbunden bleibt, wie es § 6 (1) 1 vorsieht und

(2) solange § 42 des BTHG nicht klarer formuliert, dass der Auftrag der medizinischen Reha (aller Träger) teilhabe-orientiert über das gesamte ICF-Konstrukt und die UN-BRK in Richtung Teilhabe zu gestalten ist und

(3) solange das SGB V Leistungsgesetz nicht in § 40 und § 43 klarer teilhabe-orientierte Leistungen beschreibt, werden die medizinischen Reha-Prozesse - wie bisher - überwiegend mit der Arbeit an Körperfunktionen und -strukturen gestaltet, die Kontextfaktoren des Rehabilitanden außer Acht gelassen und die Umsetzung der ICF der Aktivitäts- und Teilhabeebenen und die UN BRK vernachlässigen.

Begründung:

In diesem Zusammenhang siehe Kommentar zu § 42.

§ 7 Vorbehalt abweichender Regelungen

Der BV ANR schlägt in Übereinstimmung mit Anderen folgenden Wortlaut für §7 (1), Satz 1 vor:

"Die Vorschriften des Teil 1 sind für die Leistungen zur Teilhabe unmittelbar anzuwenden. Soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen Abweichendes ergibt, sind die abweichenden Vorschriften im Sinne des Teils 1 dieses Buches anzuwenden."

Vorschlag zu §7 (2):

In Absatz 2 entfällt der erste Satz.

Begründung:

Mit der für §7 (1) vorgeschlagenen Wiederherstellung der trägerübergreifenden Geltung des SGB IX, Teil 1 in § 7 (1) Satz 1 und 2 gehen die Kapitel 2 bis 4 ohnehin auch ohne die Hervorhebung im Absatz 2 den für die Träger geltenden Leistungsgesetzen vor.

Das im Teil 1 des SGB IX verankerte Recht ist nach dem Referentenentwurf offenbar künftig nicht mehr für alle Träger bindendes, übergreifendes Recht. Das Ziel des SGB IX, ein trägerübergreifend gültiges Teilhaberecht (mit dem Paradigma Förderung von Selbstbestimmung und Erarbeiten der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft) vor dem spezifischen Leistungsrecht der Träger zu etablieren wird vom BTHG Referentenentwurf aufgehoben. Auch die Umsetzung der UN-BRK wird konterkariert.

Es besteht die Gefahr, dass die Träger wesentliche Elemente z.B. den *Behinderungsbegriff, das Wunsch- und Wahlrecht, die Pflicht zur Zusammenarbeit, das persönliche Budget, die Beratung und die Qualitätssicherung sowie die Rahmenvorgaben der Leistungen* nicht mehr als bindend und übergreifend gültig ansehen.

Die o.g. Vorschläge zu § 7 (1) und (2) bewirken, dass nicht nur die Kapitel 2 bis 4, sondern der gesamte Teil 1 des neuen SGB IX "abweichungsfest" ist, soweit in den für die Träger geltenden spezifischen Gesetzen nicht ausdrücklich etwas Abweichendes geregelt ist.

Auch die Änderungen in Artikel 6, Nr. 5b, Artikel 7 Nr. 4 und Artikel 8, Nr. 5 können aus den gleichen Gründen entfallen. Sie sind nur erforderlich, wenn man die übergreifende Wirkung des SGB IX, Teil 1, wie mit dem Referentenentwurf impliziert, aufheben würde.

§ 8 Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten

Vorschlag des BV ANR in Übereinstimmung mit Anderen:

Nach Absatz (1) Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

"Berechtigte Wünsche dienen der Förderung der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Teilhabeleistungen und sind als wirtschaftlich anzusehen."

2. Die Sätze 2 und 3 werden zu Satz 3 und 4.

Begründung:

Die Wirkung des bisherigen § 9 wurde bislang dadurch eingeschränkt, dass dem Auswahlermessenden des Rehabilitationsträgers aus Gründen einer vordergründigen Wirtschaftlichkeit eine höhere Gewichtung bei der Entscheidung über das Wunschrecht beigemessen wurde, als dem vom Gesetzgeber und der UN-BRK vorgegebenem Recht der behinderten Menschen und den von Behinderung Bedrohten auf Selbstbestimmung. Dabei blieb unberücksichtigt, dass der Gesetzgeber das Wunschrecht als ein Element der individuellen Wirksamkeit angesehen hat, weil damit und durch die Mitwirkung des Berechtigten die Wirksamkeit und damit die Gesamt-Wirtschaftlichkeit der Teilhabeleistungen erhöht werden kann.

Kapitel 2

Einleitung der Rehabilitation von Amts wegen

Der BV ANR findet die Einführung dieses Kapitels prinzipiell gut.

§ 9 Vorrangige Prüfung von Leistungen zur Teilhabe

§ 10 Sicherung der Erwerbsfähigkeit

Der BV ANR schlägt vor:

In Absatz 1 Satz 1 werden hinter den Worten "...geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben" die Worte "und Leistungen zur sozialen Teilhabe" eingefügt.

Im gleichen Satz wird hinter „die Erwerbsfähigkeit“ eingefügt: „und andere Elemente der sozialen Teilhabe“

Begründung:

Bei vielen Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung müssen als Basis für eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit vorangehend oder zeitgleich mit LTA andere Bereiche der sozialen Teilhabe stabilisiert werden. Eine Bedarfserkennung und Leistungsplanung lediglich auf der LTA-Ebene greift oft zu kurz, verhindert und gefährdet die Wirksamkeit von Teilhabemaßnahmen (Dies betrifft besonders oft Patienten mit psychisch bedingten Beeinträchtigungen und solche mit erworbenen Hirnschädigungen. Erst auf der Grundlage von stabiler Haushalts- und Lebensführung, Mobilität, Kommunikation und Kognition und ggf. notwendiger Assistenz und Hilfsmittel-Versorgung kann die Erwerbsfähigkeit durch LTA weiter gefördert werden)

§ 11 Förderung von Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation

Der BV ANR fragt, warum nicht auch die Reha-Träger GKV und GPV und das BMG oder BMBF Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation fördern und dies im BTHG in interministerieller Abstimmung in den Artikeln geregelt wird?

Kapitel 3

Vorstand: Vorsitzender
Dr. Johannes Pichler
München
drjpichler@aol.com

stellv. Vorsitzende
Dr. Corina Kiesevalter
Bottrop
corina.kiesevalter@kk-bottrop.de

§ 13 Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

Der BV ANR schlägt vor für §13 (in Verbindung mit §§17, 25,118):
„Die Instrumente zur individuellen und personenspezifischen Bedarfsermittlung sollen einheitlich teilhabe-orientiert (ganzheitlich) und dabei für alle Träger bindend nach der ICF mit allen Ebenen und Domänen und mit Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren angewandt werden.

Begründung

In der Begründung für den § 13 wird dies zwar zutreffend gefordert; die Formulierung im BTHG Referentenentwurf lässt diese Eindeutigkeit jedoch vermissen.

Die Erfahrung zeigt, dass das ganzheitliche Denken, Planen und Handeln nach dem Krankheitsfolgen-Modell der WHO und der Klassifizierung der ICF in allen Ebenen gerade in der interpersonellen und interdisziplinären Abstimmung besondere Transparenz und Dokumentationsmöglichkeiten, individuelle Priorisierungen und Abstimmung und Überprüfung der Leistungserbringung etc. erfordert.

Das Konstrukt soll schon nach der geltenden Rechtslage (bisheriges SGB IX) seit Jahren definitiv angewandt werden. Warum wird das nicht in den QS-Systemen der Reha-Träger und der Leistungserbringer per Verordnung eingefordert (und die Nichtanwendung ggf. sanktioniert)?

Die Leistungserbringer und die Sozialverwaltungen (Träger) müssen gesetzlich verpflichtet werden die ICF zum Denken, Planen, Kommunizieren und Dokumentieren mit indikationsspezifischen Core-Sets über die Beeinträchtigungen und Behinderungen, die Fähigkeiten und Förderbedarfe (= Teilhabeleistungen) anzuwenden, wie sie z.B. für psychisch behinderte Menschen M. Linden et al., für neurologisch Behinderte Netz et al. publiziert und evaluiert haben.

Kapitel 4

Koordinierung der Leistungen

- § 14 Leistender Rehabilitationsträger
- § 15 Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern
- § 16 Erstattungsansprüche zwischen Rehabilitationsträgern
- § 17 Begutachtung
- § 18 Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

§ 19 Teilhabeplan

Der BV ANR begrüßt das Instrument des Teilhabeplanes ausdrücklich und bittet um uneingeschränkten ICF-Bezug.

Der BV ANR schlägt vor:

Abs. (2) Nummer 2 „Rehabilitationsbedarf“ ersetzen durch „Bedarf an Teilhabeleistungen“

Der BV ANR fragt: Warum wird kein QS-System für die Teilhabekonferenzen eingeführt? z. B. ein Peer Review Verfahren?

- § 20 Teilhabeplankonferenz
- § 21 Besondere Anforderungen an das Teilhabeplanverfahren
- § 22 Einbeziehung anderer öffentlicher Stellen
- § 23 Verantwortliche Stelle für den Sozialdatenschutz
- § 24 Vorläufige Leistungen

Kapitel 5

Zusammenarbeit

§ 25 Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

Der BV ANR schlägt vor:

in Absatz (1) Nr.1 einzufügen nach „einheitlich“ “ und ICF-orientiert“ und ebenfalls in Nr. 4 einzufügen nach „einheitlichen Grundsätzen“ „ , in ICF-orientierter Form“.

Begründung:

analog zu den Anmerkungen zu §13

BV ANR fragt zu Absatz (2):

Warum so zaghaft? Seit 2001 haben unseres Wissens nach die Träger nach dem gleichlautenden bisherigen § 12 (2) SGB IX KEINE einzige regionale AG gebildet.

Warum nicht „müssen“ z.B. auf begründeten Antrag eines Reha-Trägers der von relevanten Betroffenenverbänden oder auf Verordnung der Länder?

§ 26 Gemeinsame Empfehlungen

Der BV ANR schlägt vor:

Die BAR erarbeitet übergeordnete Rahmenempfehlungen und die AGs nach §25 (2) können regionale Rahmenempfehlungen erarbeiten.

Die Gültigkeitsdauer gemeinsamer Empfehlungen sollte befristet werden und die Neuentscheidung oder Überarbeitung nach z.B. 5 Jahren gesetzlich gefordert werden. (Stärkung der BAR, der regionalen AGs und des Konsentierungs-Zwangs).

§ 27 Verordnungsermächtigung

Kapitel 6

Leistungsformen, Beratung

A b s c h n i t t 1

L e i s t u n g s f o r m e n

- § 28 Ausführung von Leistungen
- § 29 Persönliches Budget
- § 30 Verordnungsermächtigung
- § 31 Leistungsort

Vorstand: Vorsitzender
Dr. Johannes Pichler
München
dripichler@aol.com

stellv. Vorsitzende
Dr. Corina Kiesevalter
Bottrop
corina.kiesevalter@kk-bottrop.de

Prof. Dr. Hans-Jürgen von Giesen, Krefeld • Dr. Albrecht Hendrich • Jens Rodenberg, Köln • Dr. Elke Vespo, Hennef •
Dr. Dr. Paul Reuther, Ahrweiler • Dr. Harold Reichel, Cottbus

Abschnitt 2

Beratung

§ 32 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung

Der BV ANR empfiehlt in Übereinstimmung mit Anderen in § 32 zu ergänzen,

„dass die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung sich auch auf die Problemklärung, Information und Beratung über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen erstrecken kann.“

Begründung:

Die neue Leistung der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung sollte klarer und klärender definiert werden.

§ 33 Pflichten der Personensorgeberechtigten

§ 34 Sicherung der Beratung von Menschen mit Behinderungen

Der BV ANR fragt in Übereinstimmung mit Anderen, wie Beratung für alle Teilhabebedarfe gesichert wird, und schlägt vor:

In § 34 Absatz (2) werden hinter den Worten "Beratungsangebote nach § 32" die Worte "sowie auf die Beratungsstellen für Rehabilitation der Kostenträger" eingefügt.

Begründung:

Die Neufassung der §§ 33 und 34 ist eine Folge des Wegfalls der Gemeinsamen Servicestellen und der Einführung einer "Ergänzenden" unabhängigen Teilhabeberatung" in § 32.

Der Wortlaut "Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung" verdeutlicht, dass diese Beratung nicht die bisherigen Aufgaben der Gemeinsamen Servicestellen ersetzt. Bei den bisherigen Aufgaben der Gemeinsamen Servicestellen handelt es sich um originäre Aufgaben der Rehabilitationsträger, die diese in vollem Umfange weiterhin zu erbringen haben. Die Träger müssen sicherstellen, dass eine Beratung für alle Teilhabebedarfe angeboten wird, welche ergänzt werden kann durch die unabhängige Teilhabeberatung.

Da die bisher in § 22 SGB IX verankerten und auch in Zukunft in einer anderen Organisationsform von den Trägern wahrzunehmenden (Beratungs-) Pflichten deutlich über die Inhalte der Beratung nach § 32 Abs. (2) hinaus gehen, müssen die in den §§ 33, 34 geregelten Pflichten der Gesundheits- und Sozialberufe neben dem Hinweis auf die Beratung nach § 32 auch den Hinweis auf die weitergehenden Beratungsangebote der Rehabilitationsträger umfassen.

Dies ist in § 33 so vorgesehen („sonstige Beratungsstelle für Rehabilitation“) und sollte in § 34 Abs. 2 ebenso vorgesehen werden.

§ 35 Landesärzte

Vorstand: Vorsitzender
Dr. Johannes Pichler
München
drjpichler@aol.com

stellv. Vorsitzende
Dr. Corina Kiesevalter
Bottrop
corina.kiesevalter@kk-bottrop.de

Kapitel 7 Struktur, Qualitätssicherung und Verträge

Der BV ANR fragt: Warum wird kein QS-System für die Reha-Träger selbst eingeführt?

- § 36 Rehabilitationsdienste und -einrichtungen
- § 37 Qualitätssicherung, Zertifizierung
- § 38 Verträge mit Leistungserbringern

Kapitel 8 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

- § 39 Aufgaben
- § 40 Rechtsaufsicht
- § 41 Teilhabeverfahrensbericht

Kapitel 9 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation § 42 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Der BV ANR empfiehlt in Übereinstimmung mit Anderen – als besonders wichtig für Menschen mit schweren und schwersten Behinderungen durch Krankheiten des Nervensystems -

In §42 Absatz (1) Nr. 1 nach „chronische Krankheiten“ einzufügen „und deren Folgen“.

Begründung:

Medizinische Reha muss dem Krankheitsfolgenkonzept der WHO verpflichtet sein und ist mehr als Krankheitsbehandlung.

**Nach § 42 Abs. (2), Satz 7 wird ein Punkt 8 angefügt:
Sozialarbeit**

Nach § 42 Abs. 3 werden folgende Absätze 4 bis 6 angefügt:

"(4) Die in Absatz 2 und 3 genannten Leistungen und Leistungsbestandteile können sowohl als Bestandteil stationärer und ambulanter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als auch als Einzelleistungen der medizinischen Rehabilitation ausgeführt werden (Grundsatz ambulant vor stationär). Als Bestandteil eines Persönlichen Budgets können sie mit anderen wegen der Behinderung erforderlichen Leistungen, insbesondere Beratungs- und Betreuungsleistungen, auch als Komplexleistung ausgeführt werden."

"(5) Die in Absatz 2 und 3 genannten Leistungen und Leistungsbestandteile werden über die in den für die Rehabilitationsträger jeweils geltenden Gesetzen verankerte Leistungsdauer hinaus in Einrichtungen oder durch Dienste nach Absatz 6 ausgeführt, soweit und solange die Art und die besondere Schwere der Beeinträchtigung der Teilhabe dies erfordern und eine positive Prognose hinsichtlich der Erreichung von Teilhabezielen gestellt wird."

Vorstand: Vorsitzender
Dr. Johannes Pichler
München
drjpichler@aol.com

stellv. Vorsitzende
Dr. Corina Kiesevalter
Bottrop
corina.kiesevalter@kk-bottrop.de

Prof. Dr. Hans-Jürgen von Giesen, Krefeld • Dr. Albrecht Hendrich • Jens Rodenberg, Köln • Dr. Elke Vespo, Hennef •
Dr. Dr. Paul Reuther, Ahrweiler • Dr. Harold Reichel, Cottbus

"(6) Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation sind Einrichtungen, die

- a) **die in Absatz (2) und (3) genannten Leistungen und Leistungsbestandteile als stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung ausführen, um die bei der als Folge von Krankheit oder Behinderung eingetretenen oder drohenden Beeinträchtigungen der Teilhabe die in diesem Gesetz genannten Teilhabeziele zu erreichen und**
- b) **dazu fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, die Beeinträchtigungen der Teilhabe der Berechtigten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie, Arbeits- und Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), Neuropsychologischer Therapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Bewältigungskräfte zu helfen.**

Die in Satz 1 Buchstabe b genannten Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden nicht nur stationär, sondern auch durch (ambulante) Rehabilitationsdienste ausgeführt.

Begründung:

Die drei vorgeschlagenen Absätze enthalten keine neuen Leistungen und kein neues Leistungsrecht, sondern stellen im Interesse der Berechtigten (i.d. die Schwer- und Schwerstbetroffenen) lediglich die schon nach geltendem Leistungsrecht bestehenden Möglichkeiten der Rehabilitationsträger zur Gestaltung von Leistungen - z.B. in der Neurologie Phase E - klar. Damit werden insbesondere in der Regel schwer oder besonders schwer behinderte Menschen unterstützt, denen wegen der uneinheitlichen Praxis der Rehabilitationsträger bisher zu Teilen zustehende Leistungen versagt bleiben oder unzulänglicherweise nicht teilhabeorientierte, lediglich kurative Leistungen (SGB V) angeboten werden.

Absatz 4 greift Vorschläge der Deutschen Vereinigung zur Rehabilitation (DVfR) zur Beseitigung von Defiziten der medizinischen Rehabilitation, insbesondere im Bereich der Heil- und Hilfsmittel auf, die zur Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erforderlich sind. Bisher verweigern sich die Krankenkassen der Ausführung von bestimmten Leistungen nach Absatz 2 bzw. Leistungsbestandteilen nach Absatz 3 als Einzelleistungen der medizinischen Rehabilitation, obwohl der auch im Bereich der GKV uneingeschränkt geltende § 42 (bisher 26) die Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen ausdrücklich nicht vorsieht.

Absatz 5 beruht auf Vorschlägen der Deutschen Vereinigung zur Rehabilitation (DVfR) für die **Phase E** der neurologischen Rehabilitation bzw. der Deutschen Wachkoma Gesellschaft für Wachkomapatienten, die in Pflegeeinrichtungen der NeuroReha **Phase F** in der Regel keinen Zugang zu Leistungen zur Förderung der Teilhabe mehr haben, obwohl nach neusten

Erkenntnissen der Medizinwissenschaften im Bereich der Neurologie (Neuroplastizität) durchaus noch eine Förderung der Teilhabe möglich ist (zur weiteren Begründung der Absätze 4 und 5 wird auf die Vorschläge der genannten Verbände verwiesen).

Absatz 6 vervollständigt das Recht der medizinischen Rehabilitation um eine am Ziel der Förderung der Teilhabe und Selbstbestimmung orientierte Definition der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen.

- § 43 Krankenbehandlung und Rehabilitation
- § 44 Stufenweise Wiedereingliederung
- § 45 Förderung der Selbsthilfe
- § 46 Früherkennung und Frühförderung
- § 47 Hilfsmittel
- § 48 Verordnungsermächtigungen

Kapitel 10

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

- § 49 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Verordnungsermächtigung
- § 50 Leistungen an Arbeitgeber
 - 11 - Bearbeitungsstand: 26.04.2016 11:48 Uhr
- § 51 Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation
- § 52 Rechtsstellung der Teilnehmenden
- § 53 Dauer von Leistungen für die berufliche Rehabilitation
- § 54 Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit
- § 55 Unterstützte Beschäftigung
- § 56 Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen
- § 57 Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich
- § 58 Leistungen im Arbeitsbereich
- § 59 Arbeitsförderungsgeld
- § 60 Andere Leistungsanbieter
- § 61 Budget für Arbeit
- § 62 Wahlrecht des Menschen mit Behinderungen
- § 63 Zuständigkeit nach den Leistungsgesetzen

Kapitel 11

Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

- § 64 Ergänzende Leistungen
- § 65 Leistungen zum Lebensunterhalt
- § 66 Höhe und Berechnung des Übergangsgelds
- § 67 Berechnung des Regelentgelts
- § 68 Berechnungsgrundlage in Sonderfällen
- § 69 Kontinuität der Bemessungsgrundlage
- § 70 Anpassung der Entgeltersatzleistungen
- § 71 Weiterzahlung der Leistungen
- § 72 Einkommensanrechnung
- § 73 Reisekosten

Vorstand: Vorsitzender
Dr. Johannes Pichler
München
drjpichler@aol.com

stellv. Vorsitzende
Dr. Corina Kiesevalter
Bottrop
corina.kiesevalter@kk-bottrop.de

Kapitel 12
Leistungen zur Teilhabe an Bildung
§ 75 Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Kapitel 13
Soziale Teilhabe
Vorspann:

Der in der Begründung des Referenten-Entwurfes beschriebene Vorrang von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vor Leistungen zur sozialen Teilhabe durch die Eingliederungshilfe wird zwar als sachlogisch beschrieben (und ist auch im SGB IX enthalten):

Hierfür ist es aber dringend notwendig, dass die Bedarfs-Erkennung, -Planung, -Festlegung, -Erbringung und Überprüfung (Teilhabeplan) in den §§ 12,13, 14 und § 19 mit Transparenz und stringenter ICF-Orientierung für alle Träger der medizinischen Rehabilitation abweichungsfest gesichert sind.

Begründung:

Die medizinische Rehabilitation wird - auch bei Schwer- und Schwerst-Betroffenen - heute zunehmend durch die Träger verkürzt, weil Teilhabeziele in der medizinischen Reha nicht reflektiert werden. Die Beendigung / Verkürzung der Reha erfolgt, bevor das Rehabilitationspotential und das Potential für Leistungen zur Teilhabe für das selbstbestimmte Leben im Domizil und Lebensraum ausreichend bearbeitet wurden.

§ 76 Leistungen zur Sozialen Teilhabe

Der BV ANR schlägt in Übereinstimmung mit Anderen vor:

- (1) § 76 Abs. 1 wird nach den Worten "in der Gemeinschaft" wie folgt gefasst: " zu sichern, ermöglichen oder zu erleichtern....."**

Begründung:

Mit dem Referenten-Entwurf des BTHG würde die bisherige Zielsetzung, die Teilhabe zu "sichern", aufgegeben. Damit entfällt der auf § 4 Abs. (1) Nr. 1 "ihre Verschlimmerung zu verhüten" bezogene - sekundärpräventive - Leistungstatbestand, was im Einzelfall zur Ablehnung von Leistungen führen kann, wenn die Teilhabe nur zu sichern ist, nicht aber ermöglicht oder erleichtert werden kann.

- (2) § 76 Abs. (2) wird wie folgt ergänzt:**

"9. Leistungen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben."

Begründung:

Die als Nummer 9 vorgeschlagene Leistung war bisher als §§ 55 Abs. 2 Nr.7 und § 58 Gegenstand der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Nach der Begründung sollen die bisherigen Leistungen des § 58 (alt) insbesondere der Assistenzleistung, vor allem aber dem Lebensunterhalt zuzuordnen sein. Dies trifft jedoch nicht zu, weil die Leistungen in §58 (alt) nichts mit dem Lebensunterhalt zu tun haben

§ 77 Leistungen für Wohnraum

§ 78 Assistenzleistungen

§ 79 Heilpädagogische Leistungen

§ 80 Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie

§ 81 Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten

§ 82 Leistungen zur Förderung der Verständigung

Der BV ANR schlägt in Übereinstimmung mit Anderen vor:
„Leistungen zur Förderung der Kommunikation“

§ 83 Leistungen zur Mobilität

§ 84 Hilfsmittel

Kapitel 14

Beteiligung der Verbände und Träger

§ 85 Klagerecht der Verbände

§ 86 Beirat für die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

§ 87 Verfahren des Beirats

§ 88 Berichte über die Lage von Menschen mit Behinderungen und die Entwicklung ihrer Teilhabe

§ 89 Verordnungsermächtigung

Teil 2

Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen (Eingliederungshilferecht)

Kapitel 1

Allgemeine Vorschriften

§ 90 Aufgabe der Eingliederungshilfe

§ 91 Nachrang der Eingliederungshilfe

§ 92 Eigenbeitrag

§ 93 Verhältnis zu anderen Rechtsbereichen

§ 94 Aufgaben der Länder

§ 95 Sicherstellungsauftrag

§ 96 Zusammenarbeit

§ 97 Fachkräfte

§ 98 Örtliche Zuständigkeit

Kapitel 2

Grundsätze der Leistungen

§ 99 - Leistungsberechtigter Personenkreis

Der BV ANR weist auf die Anmerkungen im Vorspann hin.

Diese Ausgrenzung von Menschen mit seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen steht in krassem Gegensatz zu den Aktivitäten zur Beseitigung der Unterversorgung psychisch kranker Menschen in andern Bereichen.

Vorschlag:

In § 99 Absatz (1) wird in Satz 3 das Wort "erhebliche" gestrichen.

Begründung:

Bisher ist es nach § 53 Abs. 3 SGB XII "besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe" eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern.

Der Referentenentwurf reduziert diese "besondere Aufgabe" auf das Drohen "einer erheblichen Teilhabebeeinschränkung", mithin auf den Tatbestand der Verhütung der Verschlimmerung einer schon vorhandenen Behinderung (§ 4 Abs. (1) Nr. 2).

Dies stellt eine wesentliche Einschränkung des leistungsberechtigten Personenkreises gegenüber dem geltenden Recht dar.

Zudem ist auf Art 25 Buchst. b der UN-BRK hinzuweisen, der Leistungen fordert, durch die Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden sollen. Die Entwurfsfassung des Satzes 3 ist damit nicht zu vereinbaren.

In § 99 wird folgender Absatz (3) - neu - eingefügt:

"(3) Personen, deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Sinne der §§ 1 und 2 eingeschränkt ist, die Voraussetzungen der Absätze 1 und 2 nicht erfüllen und keinen Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gegen einen anderen in § 6 genannten Rehabilitationsträger haben, erhalten medizinische Leistungen zur Rehabilitation nach § 42, wenn sie bei einer Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung dort einen Anspruch geltend machen könnten."

Begründung:

Der Regierungsentwurf weicht die bisherige Rolle der Träger der Sozialhilfe als unterstes Auffangnetz der sozialen Sicherung auf. Es gibt verschiedene Zielgruppen (z.B. Mitglieder der privaten Krankenversicherung oder der Versorgungswerke freier Berufe, die dort keinen Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben, aber auch Berechtigte mit z.B. psychiatrischen Erkrankungen, die die Anforderungen des Absatzes 1 nicht

erfüllen können), die künftig keinen Träger der medizinischen Rehabilitation oder für andere Leistungen zur Teilhabe mehr haben.

Der bisherige Absatz (3) wird zu Absatz (4).

Nach Absatz (4) - neu - (bisher Absatz 3) wird folgender neuer Absatz (5) eingefügt:

"(5) Personen, deren Teilhabe im Sinne der §§ 1 und 2 Abs. 1 am Arbeitsleben eingeschränkt ist oder denen eine solche Einschränkung droht und keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach Satz 1 oder einem Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 bis 7 oder einem Jobcenter nach § 6d des Zweiten Buches beziehen können, erhalten diese von der Bundesagentur für Arbeit und zwar auch dann, wenn m Zeitpunkt der Antragstellung dort kein Versicherungsverhältnis besteht."

Begründung:

Der Vorschlag stellt sicher, dass ein behinderter Mensch i.S. des Teilhaberechts immer einen Träger zur Teilhabe am Arbeitsleben hat. Mit Blick darauf, dass die Träger der Eingliederungshilfe nach dem Referentenentwurf für diese Zielgruppe nicht mehr das unterste soziale Auffangnetz bilden und die Leistungen nach §§ 49ff erbringen sollen, wird die Bundesagentur für Arbeit auch dann zum Rehabilitationsträger für diese Leistungen, wenn dort im Zeitpunkt der Antragstellung kein Versicherungsverhältnis besteht.

Damit werden im Wesentlichen ehemalige Selbständige abgesichert, die die Wartezeit in der Rentenversicherung nicht erfüllen und keinen Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung haben. Die mit dem Referentenentwurf vorgenommene Neufassung des Absatz (4) (bisher 3) erfasst diesen Personenkreis nicht, weil nur Leistungen zur Beschäftigung, nicht jedoch die Leistungen nach §§ 49ff. vorgesehen sind.

- § 100 Eingliederungshilfe für Ausländer
- § 101 Eingliederungshilfe für Deutsche im Ausland
- § 102 Leistungen der Eingliederungshilfe
- § 103 Sonderregelung für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen
- § 104 Leistungen nach der Besonderheit des Einzelfalles
- § 105 Leistungsformen
- § 106 Beratung und Unterstützung
- § 107 Übertragung, Verpfändung oder Pfändung, Auswahlermessen
- § 108 Antragserfordernis

Kapitel 3

Medizinische Rehabilitation

§ 109 Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation

Vorschlag des BV ANR und Anderer:
Der Satz 2 wird ersatzlos gestrichen.

Begründung:

Warum sollte im (nachgehenden) Recht der Eingliederungshilfe zur medizinischen Rehabilitation § 42 des BTHG-Entwurfs nicht unmittelbar

Vorstand: Vorsitzender
Dr. Johannes Pichler
München
drjpichler@aol.com

stellv. Vorsitzende
Dr. Corina Kiesevalter
Bottrop
corina.kiesevalter@kk-bottrop.de

Bundesverband ambulant-teilstationäre Neurorehabilitation

gelten?

Der Verweis auf die medizinischen Rehabilitation der GKV wird der unzureichenden Versorgungspraxis nach § 40 und 43 SGB V und gerade der eingeschränkten Teilhabeorientierung in der GKV-Versorgung nicht gerecht.

Da das SGB V keine vom SGB IX abweichende Regelung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation enthält, ist § 42 SGB IX im Bereich der GKV unmittelbar anzuwenden und dort verbindlich für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Deshalb bedarf es dieser Regelung nicht.

§ 110 Leistungserbringung

Der BV ANR schlägt vor **§ 110 ersatzlos zu streichen.**

Kapitel 4

Teilhabe am Arbeitsleben

§ 111 Leistungen zur Beschäftigung

Kapitel 5

Teilhabe an Bildung

§ 112 Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Kapitel 6

Soziale Teilhabe

§ 113 Leistungen zur Sozialen Teilhabe

Der BV ANR schlägt vor

Artikel 2, Satz 6 umzubenennen in

„Leistungen zur Förderung der Kommunikation“.

§ 114 Leistungen zur Mobilität

§ 115 Besuchsbeihilfen

§ 116 Pauschale Geldleistung, gemeinsame Inanspruchnahme

Kapitel 7

Gesamtplanung

§ 117 Gesamtplanverfahren

§ 118 Instrumente der Bedarfsermittlung

§ 119 Gesamtplankonferenz

§ 120 Feststellung der Leistungen

§ 121 Gesamtplan

§ 122 Teilhabezielvereinbarung

Kapitel 8

Vertragsrecht

§ 123 Allgemeine Grundsätze

§ 124 Geeignete Leistungserbringer

§ 125 Inhalt der schriftlichen Vereinbarung

Vorstand: Vorsitzender
Dr. Johannes Pichler
München
dj.pichler@aol.com

stellv. Vorsitzende
Dr. Corina Kiesevalter
Bottrop
corina.kiesevalter@kk-bottrop.de

Prof. Dr. Hans-Jürgen von Giesen, Krefeld • Dr. Albrecht Hendrich • Jens Rodenberg, Köln • Dr. Elke Vespo, Hennef •
Dr. Dr. Paul Reuther, Ahrweiler • Dr. Harold Reichel, Cottbus

Bundesverband ambulant-teilstationäre Neurorehabilitation
§ 126 Verfahren und Inkrafttreten der Vereinbarung
§ 127 Verbindlichkeit der vereinbarten Vergütung
§ 128 Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung
§ 129 Kürzung der Vergütung
§ 130 Außerordentliche Kündigung der Vereinbarungen
§ 131 Rahmenverträge zur Erbringung von Leistungen

§ 132 Abweichende Zielvereinbarungen
§ 133 Schiedsstelle
§ 134 Sonderregelung zum Inhalt der Vereinbarungen zur Erbringung von Leistungen für minderjährige Leistungsberechtigte

Kapitel 9 Einkommen und Vermögen

Vorspann:

Der BV ANR schließt sich den Ausführungen des Deutschen Behindertenrates ausdrücklich an, die Regelung aufzuheben, wonach Familien und Ehepartner mit ihrem Vermögen mit herangezogen werden. Daraus ergeben sich die Vorschläge zur Änderung der §§ 138 und 140.

§ 135 Begriff des Einkommens
§ 136 Beitrag aus Einkommen zu den Aufwendungen
§ 137 Höhe des Beitrages zu den Aufwendungen

§ 138 Besondere Höhe des Beitrages zu den Aufwendungen

**Der BV ANR schlägt vor
Absatz 4 sollte gestrichen werden.**

§ 139 Begriff des Vermögens

§ 140 Einsatz des Vermögens

**Der BV ANR schlägt vor, Absatz (1) sollte lauten:
(1) Die antragstellende Person hat vor der Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Teil die erforderlichen Mittel aus ihrem Vermögen aufzubringen.**

**Es sollte ein Absatz (4) hinzugefügt werden:
(4) Bereits durch Versicherungen geleistete Schmerzensgeldzahlungen, beispielsweise nach Unfällen, sollten dem anzurechnenden Vermögen der antragstellenden Person nicht hinzugerechnet werden.**

**Begründung:
Das Schmerzensgeld darf nicht zur Entlastung des Steuerhaushaltes herangezogen werden. Zusätzlich würde den Betroffenen nicht nur kein Nachteilsausgleich bleiben, sondern sie würden bis zur Höhe des Schmerzensgelds auch keinen Leistungsanspruch auf Eingliederungshilfe haben.**

§ 141 Übergang von Ansprüchen

§ 142 Sonderregelungen für minderjährige Leistungsberechtigte

Vorstand: Vorsitzender
Dr. Johannes Pichler
München
drjpichler@aol.com

stellv. Vorsitzende
Dr. Corina Kiesevalter
Bottrop
corina.kiesevalter@kk-bottrop.de

Kapitel 10

Statistik

§ 143 Bundesstatistik

§ 144 Erhebungsmerkmale

§ 145 Hilfsmerkmale

§ 146 Periodizität und Berichtszeitraum

§ 147 Auskunftspflicht

§ 148 Übermittlung, Veröffentlichung

Kapitel 11

Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 149 Übergangsregelung für ambulant Betreute

§ 150 Übergangsregelung zum Einsatz des Einkommens