

Stellungnahme des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V. (DVE) zum Referentenentwurf des Bundesteilhabegesetzes - BTHG

Laut dem Koalitionsvertrag der Bundesregierung wird mit dem vorgelegten Referentenentwurf das Ziel verfolgt, die Eingliederungshilfe zu reformieren und ein modernes Teilhaberecht zu entwickeln. Das Gesetz nimmt entsprechend seinem Titel für sich in Anspruch, zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen zu führen.

Hinter diesen Ansprüchen bleibt der Referentenentwurf weit zurück.

Bei allem Verständnis für die Notwendigkeit, die Kosten der Eingliederungshilfe in einem angemessenen Rahmen zu halten, widerspricht die Begründung auf Seite 195 (Punkt II.3) der oben genannten Zielsetzung. Denn aus ihr folgt, dass das BTHG eine Ausgrenzung von Leistungen und insbesondere Leistungsberechtigten verfolgen muss, um die Ausgabendynamik nachhaltig zu bremsen.

Eine wirkliche Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention sieht anders aus, verfolgt wird lediglich eine gesetzliche Ausgestaltung, die der UN-BRK nicht ausdrücklich entgegensteht.

Aus Sicht des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V. (DVE) wird von daher auch die Zielsetzung der Ergotherapie konterkariert.

Die Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen. Primäre Aufgabe der Ergotherapie ist somit, die UN-BRK im Alltag konsequent umzusetzen bzw. Menschen mit Behinderungen zu unterstützen, Teilhabe, Selbstbestimmung und autonome Lebensgestaltung zu erlangen.

Hierzu gehört auch die bisher nur unzureichend umgesetzte Orientierung an der ICF als international anerkannter Systematik zur Beschreibung von Teilhabeeinschränkungen, auf die der gesamte Referentenentwurf noch einmal hin überprüft werden muss.

Im Einzelnen möchten wir auf folgende Punkte hinweisen:

§ 42 (2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Nr. 4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und ~~Beschäftigungs~~**Ergotherapie**,

Vorschlag: Hier fordern wir die Überarbeitung des überkommenen Begriffs der „Beschäftigungstherapie“ und damit die Aufnahme der „Ergotherapie“, s. a. Gesetz über

den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (Ergotherapeutengesetz, ErgThG) (vgl. § 8 ErgThG Übergang der Berufsbezeichnung „Beschäftigungstherapeutin/Beschäftigungstherapeut“ auf „Ergotherapeutin/Ergotherapeut“). Die Berufsbezeichnung wurde mittlerweile in nahezu allen Bezugsgesetzen bereits geändert.

Nr. 7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Vorschlag: Ergänzend zur „Belastungserprobung und Arbeitstherapie“ fordern wir die Formulierung „**arbeitsbezogene Ergotherapie**“. Diese zeitgemäßere Begrifflichkeit ist entsprechend der „Klassifikation therapeutischer Leistungen“ (KTL) der Rentenversicherung gewählt. Diese Formulierung implementiert daher z. B. den KTL-Code „arbeitsbezogene Leistungsbeurteilung“ und ist auch anwendbar auf den Begriff „arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden“ im Reha-Therapiestandard Alkoholabhängigkeit.

§ 44 Stufenweise Wiedereingliederung

Die „ergänzenden Leistungen nach § 64“ werden an dieser Stelle nicht spezifiziert.

Vorschlag: Zu fordern wäre hier eine erfolgssichernde Begleitung, im besten Falle nahtlos in Verbindung mit Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation durch geeignete Berufsgruppen.

§ 58 Abs. 1 Leistungen im Arbeitsbereich

Vorschlag: Streichen des Satzes „Leistungen im Arbeitsbereich werden im Anschluss an Leistungen im Berufsbildungsbereich (§ 57) oder an entsprechende Leistungen bei einem anderen Leistungsanbieter (§ 60) erbracht.“

Begründung: Es sollte die Möglichkeit gegeben sein, dass Menschen - bei entsprechender Eignung/Vorerfahrung - in den Arbeitsbereich eintreten können, ohne vorher den Bildungsbereich durchlaufen zu müssen.

§ 75 Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Vorschlag:

Abs. 2, Nr.2: Nach „schulischen“ die Wörter „und betrieblichen“ einfügen

Abs. 2, Nr.4: „schulischen“ streichen und nach „Weiterbildung“ die Wörter „Nr. 5. Hilfen zur Umschulung“ einfügen

Zu § 76 Leistungen zur sozialen Teilhabe (hier schließen wir uns dem Vorschlag der DVfR an)

Im Abs. 2 werden unter „insbesondere“ verschiedene Leistungen aufgeführt: Es fehlen in dieser Liste, die übrigens nicht der Gliederung der Lebensbereiche der ICF folgt, alle Leistungen zur Förderung und Erhaltung von Gesundheit, insbesondere die nachgehenden Hilfen zur Sicherung der Wirksamkeit ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen (bislang § 54 Abs. 1 Nummer 5 SGB XII). Die DVfR sieht dies außerordentlich kritisch, weil für derartige Leistungen kein anderer Leistungsträger in Anspruch zu nehmen ist.

Mit dieser Regelungsabsicht werden unverzichtbare Leistungen für notwendige gesundheitsbezogene Aktivitäten, die die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder auch andere Leistungen der medizinischen Rehabilitation sichern und ergänzen, und die im Alltag regelmäßig im Rahmen der Gesundheitspflege von jedem Bürger selbst zu erbringen sind, vollständig aus dem Recht der Eingliederungshilfe ausgeschlossen. Gerade Menschen mit Behinderung bedürfen dabei der Unterstützung und Assistenz. Dies gilt z. B. nicht nur für Menschen mit geistiger Behinderung sondern insbesondere auch für Menschen mit neuropsychologischen Beeinträchtigungen nach erworbener Hirnschädigung.

Die Regelungsabsicht bedeutet eine gravierende Verschlechterung für Menschen mit Behinderung, die oft im überdurchschnittlichen Maße von chronischen und akuten Krankheiten betroffen sind. Die Regelungsabsicht verstößt aus Sicht der DVfR gegen Artikel 25 und 26 UN-BRK.

Die Leistungslücke ist übrigens entgegen anderslautenden Behauptungen bewusst herbeigeführt worden. Es heißt nämlich in der Begründung: „Für die bisher in § 54 Absatz 1 Nummer 5 SGB XII enthaltene „nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben“ besteht keine Notwendigkeit mehr. Diese Leistungen dienen ausschließlich dazu, die Wirksamkeit der zuvor erbrachten Leistungen zu sichern. Dieses Ziel wird jedoch jetzt durch den Gesamtplan nach § 121 erreicht, welcher der Steuerung, Wirkungskontrolle und Dokumentation des Teilhabeprozesses dient und regelmäßig zu überprüfen und fortzuschreiben ist. Soweit dort ein entsprechender Bedarf gesehen wird, werden die notwendigen Leistungen weiter sichergestellt.“ Dass die Begründung mit den Bestimmungen zum Gesamtplan gemäß § 121 das sachliche Anliegen nicht im Entferntesten zufriedenstellend aufgreift, liegt auf der Hand.

Vorschlag: Absatz 2 soll mit einer neu eingefügten Nummer 4 hinsichtlich der aufgeführten Leistungen folgendermaßen ergänzt werden:

- „1. Leistungen für Wohnraum,
2. Assistenzleistungen,
3. Heilpädagogische Leistungen,
4. Gesundheitsbezogene Leistungen
5. Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie
6. Leistungen zur Kommunikation (Änderungsvorschlag, da der Begriff Verständigung missverständlich ist. Er sollte durch den üblichen Begriff Kommunikation ersetzt werden.)

Dieser Vorschlag zieht eine weitere Änderung nach sich:

Mit der geforderten Einfügung einer neuen Nummer 4 (Gesundheitsbezogene Leistungen) ist wie für anderen Nummern die Einfügung eines darauf bezogenen Paragraphen - hier § 76 a - erforderlich.

Vorschlag: Ein neu einzufügender § 76 a Gesundheitsbezogene Leistungen könnte folgendermaßen formuliert werden:

§ 76 a Gesundheitsbezogene Leistungen

- (1) Leistungen zur Sicherung der Wirksamkeit ärztlicher oder ärztlich verordneter Behandlungen werden erbracht, soweit dafür kein anderer Leistungsträger zuständig ist. Sie umfassen insbesondere die Assistenz im Hinblick auf die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente, die Assistenz bei der Beobachtung von Wirkungen und Nebenwirkungen von Behandlungen, die Assistenz bei Einhaltung von Diätvorschriften sowie die Assistenz bei der Ausführung empfohlener Übungsbehandlungen im Alltagskontext.
- (2) Die Leistungen der Gesundheitspflege umfassen insbesondere die Assistenz bei der Beobachtung des Gesundheitszustandes und bei der gegebenenfalls notwendig werdenden Anbahnung und Inanspruchnahme ärztlicher, psychotherapeutischer oder anderer therapeutischer Hilfen.
- (3) Assistenzleistungen bei der gesundheitsbezogenen Gestaltung der Lebensführung dienen der Vorbeugung von Gesundheitsstörungen oder Krankheiten, der Vorbeugung von Verschlimmerungen bestehender Gesundheitsstörungen und Krankheiten sowie der Wiederherstellung der Gesundheit durch Anleitung zu gesundheitsfördernder Lebensweise und Vermeidung von gesundheits-schädigenden Verhaltensweisen.

§ 90 Abs. 2-5 Aufgabe der Eingliederungshilfe (hier schließen wir uns dem Vorschlag der DVfR an)

Die Leistungsziele nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 4 werden nun ausschließlich der Medizinischen Rehabilitation zugeordnet. § 90 Abs. 2 lautet nämlich: „Besondere Aufgabe der Medizinischen Rehabilitation ist es, eine Beeinträchtigung nach § 99 Ab-

satz 1 abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder die Leistungsberechtigten soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.“ Dies ist aus fachlicher und rechtlicher Sicht nicht möglich: Denn die Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind durch das Leistungsbringungsrecht der Eingliederungshilfe (§ 102 Abs. 2 i. V. m. § 109 Abs. 2 SGB IX-neu) eng auf die Rehabilitationspraxis der GKV begrenzt, auch wenn die Leistungen in § 42 SGB IX-neu für alle Träger der medizinischen Rehabilitation einheitlich und umfassend formuliert sind. Damit kann den Leistungszielen nach §§ 4, 42 Abs. 1 SGB IX nicht ausreichend entsprochen werden, da es Leistungen mit dem Ziel von § 4 Abs. 1 und § 42 Abs. 1 gibt, die von der GKV nicht erbracht werden (können, s. Anhang) und die deshalb bisher z. B. durch interdisziplinäre Teams unter Beteiligung therapeutischer Fachkräfte im Rahmen der Eingliederungshilfe erbracht worden sind (z. B. in Kindertagesstätten, Tagesfördereinrichtungen, Werkstätten und Wohnheimen). Dies war und ist weiterhin notwendig. Durch die Neufassung entstehen gravierende Leistungslücken. Hinzu kommt, dass sich die Aufgaben im Hinblick auf die Ermöglichung und Förderung der Teilhabe in erheblichem Umfang überlappen. Man wird nicht ernsthaft Aufgaben wie pädagogische Hilfen, Hilfen zur Krankheitsbewältigung, Aktivierung von Selbsthilfepotentialen etc. (vgl. § 26 Abs. 3 SGB IX alt bzw. § 42 Abs. 3 SGB IX-neu) ausschließlich der Medizinischen Rehabilitation zuordnen können. Deswegen waren sie auch bereits nach geltendem Recht in Verbindung mit Leistungen zur Teilhabe (§ 33 Abs. 6 SGB IX) auszuführen.

Vorschlag für § 90 Abs. 2-5: Nr. 2-5 werden gestrichen. Die Leistungsbeschreibung in den §§ 42, 49 und 76 i. V. m. § 102 Abs. 1 SGB IX-neu ist ausreichend.

§ 99 Leistungsberechtigter Personenkreis (hier schließen wir uns dem Vorschlag der DVfR an)

Grundsätzlich wird mit großer Besorgnis die deutliche Einschränkung des derzeit leistungsberechtigten Personenkreises gesehen. So ist beispielsweise die Situation psychisch kranker Menschen - aber auch onkologischer Patienten - durch die Formulierungen im § 99 des SGB IX-neu nicht ausreichend berücksichtigt. Dort ist in Absatz 3 die „regelmäßig wiederkehrende und über einen längeren Zeitraum andauernde Unterstützung“ als Merkmal der „Erheblichkeit der Teilhabebeeinschränkung“ genannt. Dies schließt alle Menschen mit einem stärker schwankenden Unterstützungsbedarf aus. Auch gilt für diese Personengruppen und auch andere nach Abs. 1, dass sie nur dann leistungsberechtigt sind, wenn Leistungen in mindestens 5 Lebensbereichen benötigt werden. Hinzu kommt, dass in § 10 EghV die Bereiche eingeschränkt aufgeführt sind (u.a. fehlt dort die Religionsausübung). Diese Eingrenzung ist nicht sachgerecht und im Lichte der UN-BRK nicht begründbar. Statt einer

Merkmalszuordnung zu Personen sollte der Bedarf an Leistungen ermittelt und dann nach Relevanz gewichtet und in der Leistungsentscheidung berücksichtigt werden.

Ebenso benachteiligt sind die hier nicht aufgeführten Menschen mit einer Sinnesbehinderung, die in der Begriffsbestimmung im Teil 1 (§ 2 Abs 1 SGB IX-neu) noch ausdrücklich genannt werden.

Die mehr als 200.000 Mitglieder der privaten Krankenversicherung, die dort keine Leistungen zur Teilhabe erhalten können, weil diese in aller Regel nicht versichert sind, haben ebenfalls überhaupt keinen Leistungsanspruch, z. B. auf medizinische Rehabilitation, wenn sie die engen Bestimmungen zum Personenkreis nicht erfüllen. Damit hat ein großer Personenkreis erstmals keinen Rehabilitationsträger mehr.

Vorschlag:

Der leistungsberechtigte Personenkreis wird - wie im Teil 1 - orientiert an der ICF durch die Feststellung der objektiven Beeinträchtigung der Teilhabe, der Bestimmung der Teilhabeziele und der danach zur Erreichung dieser Ziele wirksamen Leistungen festgestellt (§ 4 Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 13 Abs. 2 SGB IX-neu).

§ 99 (1) Satz 1 wird dementsprechend wie folgt formuliert: „Eingliederungshilfe ist Personen nach § 2 Absatz 1 Satz 1 bis 2 zu leisten, deren körperliche, seelische, geistige oder 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.“

§ 99 Abs. 1 Satz 2 ist zu streichen, da es Aufgabe des Bedarfsfeststellungsverfahrens ist, relevante Beeinträchtigungen der Teilhabe und den entsprechenden Leistungsbedarf festzustellen. Einer Eingrenzung durch den Gesetzgeber bedarf es deshalb nicht.

§ 102 Abs. 2 Leistungen der Eingliederungshilfe (hier schließen wir uns dem Vorschlag der DVfR an)

Die genannten Änderungen im SGB IX-neu sind im Zusammenhang mit § 102 SGB IX-neu zu sehen: Hier wird der Nachrang der Eingliederungshilfe nach § 91 Abs. 1 SGB IX-neu nochmals festgestellt. Dieser ist in diesem Zusammenhang unstrittig. In Abs. 2 heißt es aber: „Leistungen nach Absatz 1 Nummer 1 bis 3 gehen den Leistungen nach Absatz 1 Nummer 4 vor. Ein Bedarf, der durch die Leistungen nach Absatz 1 Nummer 1 bis 3 dem Grunde nach gedeckt werden kann, schließt Leistungen nach Absatz 1 Nummer 4 zur Deckung desselben Bedarfes aus“. Die Formulierung „dem Grunde nach“ kann sich ja nur auf § 42 gesamt beziehen. Das würde bedeuten, dass keinerlei Leistungen, die in § 42, hier insbesondere Abs. 3 vorgesehen sind, in der Eingliederungshilfe erbracht werden können. Das ist völlig sachfremd. Zudem wird

damit auf einen dem Grunde nach bestehenden Anspruch rekurriert, der leistungserbringungsrechtlich nicht einmal im Rahmen der Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation eingelöst wird. Daraus folgen unabsehbare Streitigkeiten auf dem Rücken des Versicherten.

Vorschlag für § 102 Abs. 2 SGB IX-neu: Die Wörter „dem Grunde nach“ werden gestrichen.

§ 124 Geeignete Leistungsanbieter

Vorschlag: Diesem Kapitel ist ein Absatz zum Nachweis der erbrachten Qualität anzuhängen wie es ihn z.B. bei den Integrationsfachdiensten gibt.

§ 220 Abs. 1, Nr. 2 Aufnahme in die Werkstatt für behinderte Menschen

Vorschlag: Ist eine „Besondere Werkstatt für behinderte Menschen für diese Behinderungsart vorhanden“ sollte der Mensch trotzdem entscheiden können, in welcher Werkstatt er arbeiten möchte. Dies gilt insbesondere für Menschen mit Mehrfachbehinderungen. Als Beispiel eine sehbehinderte Frau mit einer chronischen psychischen Störung: Die auf Sinnesbeeinträchtigungen spezialisierte Werkstatt muss sie nicht aufnehmen, wenn es in der Nähe eine Werkstatt für Menschen mit psychischen Störungen gibt und diese muss sie nicht aufnehmen, weil sie ja blind ist und es eine entsprechende Werkstatt gibt. Gerade für Menschen mit Mehrfachbehinderungen greifen bestehende Regelungen nicht immer eindeutig und sollten wo möglich konkretisiert werden.

Karlsbad, 18.05.2016