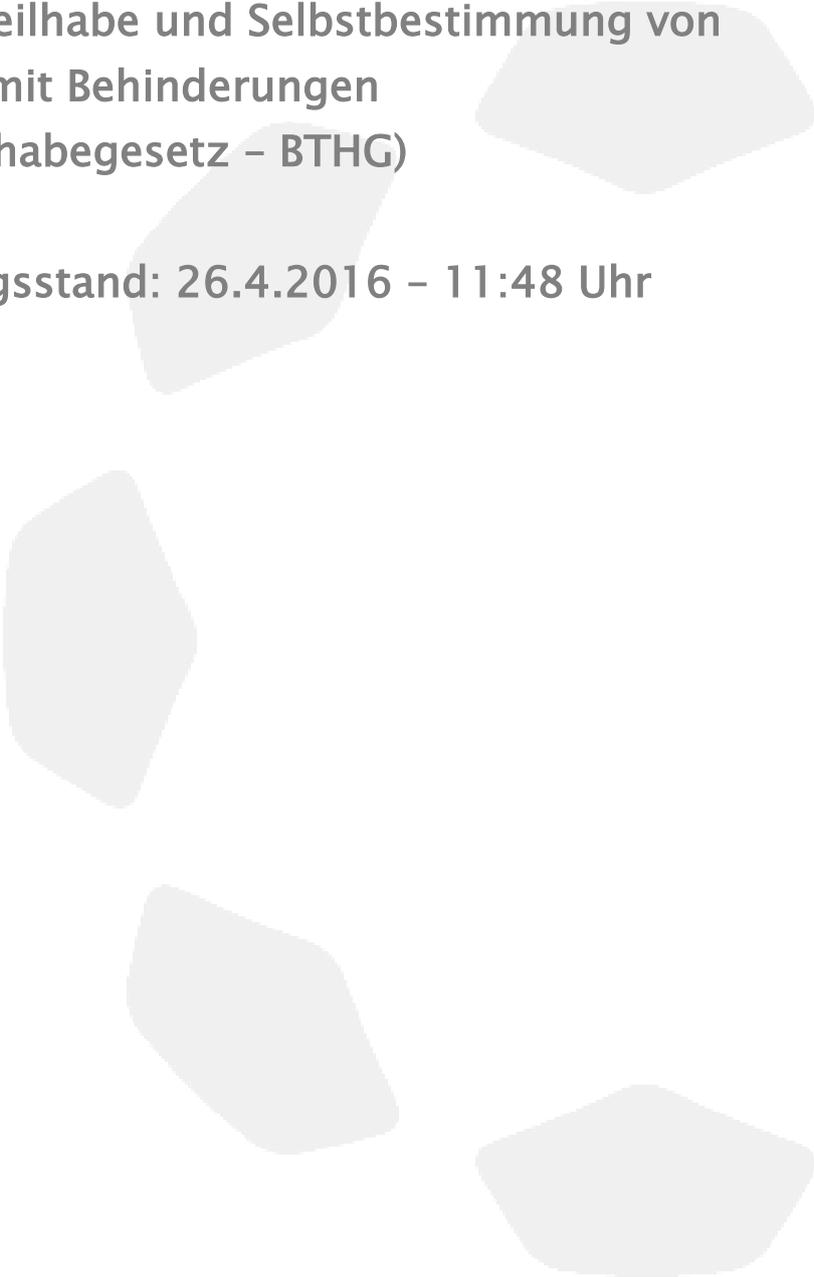




Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)
zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stär-
kung der Teilhabe und Selbstbestimmung von
Menschen mit Behinderungen
(Bundesteilhabegesetz – BTHG)

Bearbeitungsstand: 26.4.2016 – 11:48 Uhr



Inhaltsverzeichnis

Grundsätzliche Positionen..... 4

Stellungnahme zum Referentenentwurf Artikel 1 (Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch)..... 6

- Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 7 (Vorrang abweichender Regelungen).....6
- Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 12 (Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung)6
- Artikel 1 (Änderung des SGB IX) – §§ 14 bis 21 § 14 (Leistender Rehabilitationsträger).....7
- Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 17 (Begutachtung)8
- Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 19 (Teilhabeplan).....8
- Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 21 (Besondere Anforderungen an das Teilhabeplanverfahren)9
- Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 23 (Verantwortliche Stelle für den Datenschutz).....9
- Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 26 (Gemeinsame Empfehlungen)10
- Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 38 (Verträge mit Leistungserbringern)..... 11
- Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 39 (Aufgaben) 11
- Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 40 (Rechtsaufsicht)..... 12
- Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 41 (Teilhabeverfahrensbericht) 13
- Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 43 (Krankenbehandlung und Rehabilitation) 14
- Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 44 (Stufenweise Wiedereingliederung) 14
- Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 46 (Früherkennung und Frühförderung) 14
- Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 90 (Aufgabe der Sozialhilfe)..... 16
- Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 91 (Nachrang der Eingliederungshilfe) 16
- Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 102 (Leistungen der Eingliederungshilfe) 17
- Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 103 (Sonderregelungen für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen)..... 17

- Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 118 (Instrumente der Bedarfsermittlung)18

Stellungnahme zum Referentenentwurf Artikel 22 (Änderung der Frühförderungsverordnung) 19

- Artikel 22 (Frühförderungsverordnung) Nr. 3, 8, 919

Grundsätzliche Positionen

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG), das am 26.4.2016 als Referentenentwurf versendet worden ist, soll das Behindertenrecht in Deutschland in Übereinstimmung mit der UN-Behindertenrechtskonvention weiterentwickelt werden. Künftig soll sich die notwendige Unterstützung der Menschen mit Behinderungen an deren individuellem Bedarf ausrichten. Die Orientierung an der Wohnform und damit die Unterteilung der Leistungen der Eingliederungshilfe in ambulante, teilstationäre und stationäre Maßnahmen entfällt. Nach einem neuen „personenzentrierten Ansatz“ soll gemeinsam mit dem behinderten Menschen ein individuelles „Hilfepaket“ zusammengestellt werden. Das klingt zunächst gut, wird aber dazu führen, dass heute stationär als Komplexleistungen erbrachte Maßnahmen der Eingliederungshilfe in ihre Einzelteile zerlegt und zumindest teilweise den unterschiedlichen Sozialleistungsträgern zugeordnet werden. Gleichzeitig wird der Nachrang der Eingliederungshilfe eingeräumt. Neben der Gefahr von Leistungslücken für die Betroffenen drohen hier durch Zuständigkeitsverschiebungen Zusatzbelastungen für die Kranken- und Pflegekassen.

Positiv ist, dass die Pflege in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe weiterhin als Komplexleistung erbracht und von den Pflegekassen pauschal abgegolten werden soll.

Bei der Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder hat sich der Gesetzgeber ebenfalls bewusst für Komplexleistungen entschieden. Zur Stärkung der Interdisziplinarität seien die sogenannten Korridorleistungen wie Team- und Fallgespräche, Angehörigenberatung oder Supervision unabdingbar. Sie werden daher als Leistungsbestandteil im Gesetz aufgenommen und in der Frühförderverordnung explizit festgeschrieben. Gleichzeitig werden aber auch die Höchstgrenzen der Anteile an den Leistungsentgelten in den interdisziplinären Frühförderstellen, die auf die Sozial- und Jugendhilfe entfallen, deutlich gekürzt. Während so wiederum die Sozial- und Jugendhilfe entlastet wird, drohen den Betroffenen Leistungsdefizite und den Krankenkassen Mehrbelastungen. Darüber hinaus entstehen Mehrbelastungen, weil weitere durch das Land zugelassene Einrichtungen den interdisziplinären Frühförderstellen gleichgestellt und damit durch die Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen mitfinanziert werden müssen. Dies lehnen die Ersatzkassen ab, da auf diesem Weg Einrichtungen in die Finanzierung einbezogen werden, die den interdisziplinären Behandlungs- und Beratungsanspruch der Frühförderstellen nicht nachprüfbar erfüllen.

Um den häufig umfassenden Unterstützungsbedarf der Menschen mit Behinderungen abzusichern, sieht das BTHG ein aufwändiges, bürokratisches und zum Teil nicht durchführbares Teilhabe- und Gesamtplanverfahren vor, bei dem nicht klar ist, ob dadurch Verbesserungen für die Leistungsberechtigten zu erreichen sind. Wirklichkeitsfremd sind insbesondere die vorgegebenen Fristen.

Selbst unter idealtypischen Bedingungen sind die im Referentenentwurf enthaltenen Zeitziele nicht einzuhalten. So ist beispielsweise für die Erstellung von Gutachten zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs eine Frist von zwei Wochen vorgesehen; ein Zeitraum, der bei komplexen Fällen nicht einzuhalten ist. Die engen Fristen werden sich negativ auf das Versorgungsgeschehen auswirken. Darüber kann auch nicht das Selbstbeschaffungsrecht hinwegtäuschen, das allenfalls finanziell gut gestellten behinderten Menschen ermöglicht, sich bei Fristversäumnissen die notwendigen Leistungen selbst zu beschaffen und die Kosten erstatten zu lassen.

Kritisch zu sehen ist auch die angedachte neue Rolle der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Diese ist ein freiwilliger Zusammenschluss, der von den gesetzlichen Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung, der Unfallversicherung und der Bundesagentur für Arbeit getragen wird und sich zum Ziel gesetzt hat, darauf hinzuwirken, dass die Leistungen der Rehabilitation nach gleichen Grundsätzen zum Wohle der behinderten und chronisch kranken Menschen durchgeführt werden. Mit dem BTHG werden ihre bisherigen Aufgaben gesetzlich festgeschrieben. Gleichzeitig werden ihr neue Aufgaben zugewiesen. Damit greift der Gesetzgeber in die Finanz- und Organisationshoheit der Rehabilitationsträger ein. Die BAR soll künftig das gesamte Datengeschehen der Rehabilitationsträger zusammenführen, aufbereiten und in einem jährlichen Bericht zusammenstellen. Dies lehnen die Ersatzkassen ab.

Ob es mit dem BTHG gelingt, die Lebensbedingungen behinderter Menschen zu verbessern, ist noch nicht erkennbar. Das Gesetz wird aber, folgt man dem Referentenentwurf, zur Entlastung der Sozialhilfeträger und damit der Kommunen bei gleichzeitiger Belastung der Kranken- und Pflegeversicherung führen. Dies zeigt sich auch an zahlreichen Sonderregelungen zugunsten der Träger der Eingliederungshilfe.

Im Nachfolgenden wird nur auf ausgewählte Regelungen eingegangen, wo seitens der Ersatzkassen Änderungsbedarf gesehen wird.

Stellungnahme zum Referentenentwurf Artikel 1 (Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch)

Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 7 (Vorrang abweichender Regelungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Wie bisher regelt § 7 das Verhältnis des SGB IX zu den Spezialgesetzen. Abweichend vom bisherigen durchgehenden Vorrang der jeweiligen Leistungsgesetze der Rehabilitationsträger wird nun den Kapiteln 2 bis 4 ein Vorrang zu den anderen Leistungsgesetzen eingeräumt. Damit soll das Verfahren der Bedarfsermittlung, für den Teilhabeplan und für die Zuständigkeitsklärung zwischen den Rehabilitationsträgern einheitlich und zwingend gelten.

Stellungnahme vdek

Schon bisher gab es im § 14 (alt) klare Regelungen für die Zuständigkeitsklärung und Bedarfsermittlung. Es fehlten einzig und allein Regelungen für den Fall, dass sich ein Reha-Träger der Zusammenarbeit entzieht. Mit den nunmehr verankerten kleinteiligen Verfahrensvorschriften, deren Vorrangigkeit im Absatz 2 zementiert wird, schießt der Gesetzgeber weit über das Ziel hinaus und löst einen erheblichen Aufwand aus. Beispiel: Für die Begutachtung hat die GKV zukünftig drei möglichst wohnortnahe (qualifizierte) Gutachter des MDK dem Leistungsberechtigten zu benennen, unter denen er sich einen aussuchen kann. Eine entsprechende Anzahl geeigneter Sachverständiger/Gutachter – gerade für umfassende bzw. komplizierte Problemstellungen – für eine kurzfristige Begutachtung und Gutachtenerstellung vorzuhalten ist letztlich nicht möglich.

Änderungsvorschlag

Die Vorrangigkeit der Kapitel 2 bis 4 ist zu streichen. Stattdessen sind in den jeweiligen Leistungsgesetzen – da wo es für ein einheitliches Verfahren und die Zusammenarbeit sinnvoll und notwendig ist – Verweise auf das SGB IX vorzunehmen.

Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 12 (Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung)

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelung soll die frühzeitige Erkennung von Rehabilitationsbedarf durch barrierefreie Informationen und Beratungsangebote unterstützt werden. Die Rehabilitationsträger müssen bekannt geben, welche Stelle quasi als Auskunft- und Kontaktstelle für die Vermittlung der Informationsangebote verantwortlich ist.

Rehabilitationsträger und Pflegekassen können die Informationsangebote auch durch ihre Verbände und Vereinigungen bereitstellen und vermitteln lassen.

Stellungnahme vdek

Grundsätzlich sind Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung zu begrüßen. Dies entspricht weitgehend der gängigen Praxis. Die Bekanntgabe von Auskunfts- und Kontaktstellen erscheint allerdings als ungeeigneter Versuch, die per Gesetz abgeschafften Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation doch noch am Leben zu erhalten bzw. eine neue Struktur aufzubauen. Anlaufstellen für die die Versicherten der Krankenkassen und die Arbeitgeber sind alle Geschäftsstellen der Krankenkassen.

Änderungsvorschlag

Absatz 1 Satz 3 und 4 werden gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des SGB IX) – §§ 14 bis 21

§ 14 (Leistender Rehabilitationsträger)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift soll der Verfahrensbeschleunigung bei der Bedarfserkennung und Leistungserbringung dienen. Sie greift die bisherigen Regelungen zur Zuständigkeitsklärung (§ 14 alt) teilweise auf. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nach den Absätzen 1 bzw. 2 der erstangegangene oder der zweitangegangene Träger für die umfassende Feststellung des Bedarfs zuständig ist. Neu eingeführt wird mit Absatz 3 die sogenannte „Turbo-Klärung“, wonach der zweitangegangene Rehabilitationsträger die Möglichkeit einer nochmaligen Weiterleitung an den tatsächlich zuständigen Träger erhält. Die Frist wird hierdurch nicht verlängert.

Stellungnahme vdek

Die neuen Regelungen für das Verfahren nach Antragstellung (Zuständigkeitsklärung, Bedarfserkennung, Koordinierung etc.) in den §§ 14 bis 22 sind differenzierter als bisher. Dabei allerdings auch hoch kompliziert und bürokratisch und in der Praxis – auch unter Berücksichtigung der vorgegebenen Fristen – nicht umsetzbar und streitanfällig. Sie erfordern, dass Träger im Rahmen der Bedarfserkennung (bei Fristversäumnis des zu beteiligenden Trägers) auch über Leistungsbestandteile zu entscheiden haben, für die sie nicht zuständig sein können. Hierfür wird eine volle Kostenerstattung einschließlich Verwaltungspauschale zugesichert. Die Erbringung von systemfremden Leistungen ist praktisch nicht möglich und für die Antragsteller mit erheblichen Nachteilen verbunden, weil bei der Auswahl der Leistungen die erforderliche Qualität nicht gesichert werden kann.

Aufgrund der in der Praxis nicht zu haltenden Fristen spielen diese Regelungen der §§ 14 bis 21 letztlich den Trägern der Sozialhilfe in die Hände. Eine zu-

sätzliche Problematik ist die Privilegierung dieser Träger durch die in § 16 geregelte Verzinsung des Erstattungsanspruchs.

Änderungsvorschlag

In der Kürze der Zeit ist es nicht möglich, ausformulierte Änderungsvorschläge zu formulieren. Grundsätzlich müssen diese auf folgende Änderungen zielen:

- Die Fristen müssen verlängert werden,
- Verzögerungen, die nicht durch den Reha-Träger zu vertreten sind, müssen fristhemmend wirken,
- das Verfahren muss verschlankt und vereinfacht werden,
- die Erstattungsregelungen müssen vereinheitlicht werden,
- es darf keine Leistungserbringung für systemfremde Leistungen geben.

Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 17 (Begutachtung)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt das Verfahren und Fristen zur Bedarfsfeststellung durch einen Gutachter – auch für den Fall, dass mehrere Rehabilitationsträger bei einem Fall beteiligt sind.

Stellungnahme vdek

Für die GKV kommt weiterhin nur der MDK für die Begutachtung in Betracht. Allerdings sind aufgrund der Vorrangigkeit des SGB IX zu dieser Regelung dem Betroffenen drei geeignete Gutachter, möglichst in Wohnortnähe zu benennen, von denen er sich einen auswählen kann.

Die Benennung von drei geeigneten Gutachtern in Wohnortnähe ist nicht praxisgerecht und für eine qualifizierte Begutachtung gerade komplexer Fallgestaltungen kontraproduktiv.

Änderungsvorschlag

In § 17 Absatz 1 Satz 4 werden nach dem Wort „Gesundheitsämter“ die Worte *„des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275 des Fünften Buches“* eingefügt.

Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 19 (Teilhabeplan)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung konkretisiert die Koordinierung von Leistungen auf der Grundlage des Teilhabeplans.

Stellungnahme vdek

Die bereits zu § 14 (Leistender Rehabilitationsträger) benannten Kritikpunkte zum bürokratischen Aufwand etc. gelten auch hier. Völlig inakzeptabel ist die Regelung des Absatzes 3, wonach die Verantwortung für die Teilhabeplanung beim leistenden Rehabilitationsträger bleibt, auch wenn dieser längst nicht mehr leistet. Davon Abweichendes kann nur in Abstimmung mit den anderen beteiligten Rehabilitationsträgern und dem Leistungsberechtigten geändert werden. Das ist zu ändern. Darüber hinaus sollen unterhaltssichernde Leistungen und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation keine Teilhabeplanung auslösen, da diese in der Regel mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bzw. Teilhabe am Arbeitsleben einhergehen. Andernfalls würde das Verfahren überstrapaziert; die Verwaltungsaufwände würden unangemessen steigen.

Änderungsvorschlag

§ 19 Absatz 1 wird um folgenden Satz 2 erweitert: *„Leistungen nach § 5 Nr. 3 lösen keine Teilhabeplanung aus.“*

In § 19 Absatz 5 wird folgender Satz 2 – neu – eingefügt: *„Sofern der leistende Rehabilitationsträger nicht mehr leistungspflichtig ist, geht die Pflicht zur Durchführung des Verfahrens auf einen anderen nach § 15 beteiligten Rehabilitationsträger über.“*

Satz 2 wird Satz 3.

Artikel 1 (Änderung des SGB IX)

§ 21 (Besondere Anforderungen an das Teilhabeplanverfahren)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Vorschrift wird festgelegt, dass für die Träger der Eingliederungshilfe und der öffentlichen Jugendhilfe besondere Regelungen gelten, sofern sie für das Teilhabeplanverfahren zuständig sind.

Stellungnahme vdek

Mit diesen Sonderregelungen wird das ohnehin schon komplizierte und bürokratiereiche Verfahren weiter verkompliziert und damit gänzlich undurchschaubar und praktisch undurchführbar.

Änderungsvorschlag

Siehe § 14.

Artikel 1 (Änderung des SGB IX)

§ 23 (Verantwortliche Stelle für den Datenschutz)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung dient der Beachtung des Sozialdatenschutzes und stellt klar, wer im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens und der Teilhabeplankonferenz die

verantwortliche Stelle für die Einholung der Einwilligung der Leistungsberechtigten ist.

Stellungnahme vdek

Leider haben bereits in der Vergangenheit datenschutzrechtliche Probleme zu einer unzureichenden Umsetzung des SGB IX geführt. Diese Probleme sollten mit dem vorliegenden Gesetz ausgeräumt werden, um die Rehabilitationsträger handlungsfähig zu machen. Für die GKV ist daher eine Ergänzung in § 284 SGB V erforderlich.

Änderungsvorschlag

In § 284 Absatz 1 wird nach Nr. 15 folgende Nr. 16 – neu – eingefügt:

„16. Die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach dem SGB IX,“

Nr. 16 wird Nr. 17.

Artikel 1 (Änderung des SGB IX)

§ 26 (Gemeinsame Empfehlungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gestaltungsauftrag an die Rehabilitationsträger zur Erarbeitung und Anwendung gemeinsamer Empfehlungen wird beschrieben und angepasst. Die Pflegekassen werden über den GKV-Spitzenverband in den Geltungsbereich der gemeinsamen Empfehlungen einbezogen.

Stellungnahme vdek

Die Regelung ist weitgehend mit der bisherigen Rechtslage identisch. Es erfolgt in Nummer 3 eine Anpassung an das neue Teilhabeplanverfahren und mit Nummer 7 werden die Rehabilitationsträger verpflichtet gemeinsame Grundsätze für Instrumente zur Bedarfsermittlung zu entwickeln (vgl. § 12).

In Absatz 4 wird erstmalig der GKV-Spitzenverband zum Abschluss der gemeinsamen Empfehlungen ermächtigt und zwar sowohl für die Krankenkassen als auch für die Pflegekassen. In der Begründung heißt es hierzu, dass nunmehr auch die Pflegekassen über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in den Geltungsbereich der gemeinsamen Empfehlungen einbezogen werden. Diese Regelung ist nicht sachgerecht, da in Absatz 1 ausdrücklich festgelegt ist, dass die Rehabilitationsträger nach § 6 Nummer 1 bis 5 die gemeinsamen Empfehlungen vereinbaren. Somit sind die Rehabilitationsträger die Vereinbarungspartner. Die Pflegekassen sind keine Rehabilitationsträger und somit auch nicht Vereinbarungspartner. Vor diesem Hintergrund kann der GKV-Spitzenverband für die Pflegekassen keine gemeinsame Empfehlung abschließen. Auch die Tatsache, dass die Pflegekassen bei der Verordnungsermächtigung nach § 27 nicht einbezogen sind, spricht für die Haltlosigkeit der Rege-

lung. Für die Pflegekassen könnte bestenfalls ein Beitritt analog der Träger der Eingliederungshilfe und der öffentlichen Jugendhilfe geregelt werden.

Änderungsvorschlag

§ 26 Absatz 4 Satz 2 wird gestrichen.

Absatz 5: In Satz 1 werden nach dem Wort „*Hauptfürsorgestellen*“ folgende Worte eingefügt: „*und die Pflegekassen, soweit die Aufgaben der Pflegekassen von den gemeinsamen Empfehlungen berührt sind*“.

Artikel 1 (Änderung des SGB IX)

§ 38 (Verträge mit Leistungserbringern)

Beabsichtigte Neuregelung

Die obligatorischen Inhalte der Verträge mit den Leistungserbringern werden beschrieben. Die ausdrückliche Aussage, dass Verträge mit fachlich nicht geeigneten Diensten gekündigt werden, ist entfallen.

Stellungnahme vdek

Die Regelung entspricht weitgehend bisherigem Recht. Durch den neu eingefügten Absatz 2 soll die Anerkennung von Tariflöhnen bei Vergütungsverhandlungen sichergestellt werden. Eine gleichlautende Regelung findet sich in § 84 Absatz 2 Satz 5 SGB XI für die Pflegeversicherung. Diese Zielsetzung ist grundsätzlich zu begrüßen. Gleichzeitig sollte den Leistungserbringern dann aber auch die Verpflichtung zum Nachweis über tatsächlich gezahlte Tariflöhne oder Arbeitsentgelte aufgegeben werden.

Änderungsvorschlag

In Absatz 2 wird nach dem Wort Bezahlung das Wort „nachgewiesene“ eingefügt.

Artikel 1 (Änderung des SGB IX)

§ 39 (Aufgaben)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung verpflichtet die Rehabilitationsträger, eine Arbeitsgemeinschaft nach § 94 SGB X zu bilden.

Stellungnahme vdek

Es werden zentrale, von der bestehenden BAR wahrgenommene Aufgaben gesetzlich festgeschrieben. Die aufgelisteten Aufgaben sind weitestgehend der Satzung der BAR entnommen und werden somit heute schon von den Rehabilitationsträgern auf Ebene der BAR wahrgenommen. Insofern wird für eine gesetzliche Festschreibung der Aufgaben kein zwingender Grund gesehen. In der Gesetzesbegründung wird allerdings schon eingeräumt, dass die Aufgaben (durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziale[BMAS]) ausgeweitet wer-

den können. Entsprechende Beispiele sind bereits genannt. Sollten für die Erfüllung dieser Aufgaben hoheitliche Befugnisse erforderlich sein, kann die BAR hierfür beliehen werden. Auch hieraus erwächst kein Zwang zur gesetzlichen Verankerung. Insofern ist § 39 grundsätzlich entbehrlich.

Vorgeschrieben wird auch der Name dieser Arbeitsgemeinschaft, nämlich Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Dieser Name ist allerdings bereits vergeben – für den freiwillig von den Rehabilitationsträgern gegründeten Verein Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V., der auch die Vertretungen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer als Mitglied verzeichnet. Diese wären bei einer Arbeitsgemeinschaft nach § 94 SGB X nicht Mitglied.

Der Gesetzgeber versucht letztlich durch einen Kunstgriff, den freiwillig gegründeten Verein, für den die Renten-, Kranken- und Unfallversicherung sowie die Bundesagentur für Arbeit (also nur ein Teil der Rehabilitationsträger) die Finanzierung und Versorgungshaftung für das Personal übernehmen, mit Aufgaben und Rechtsaufsicht durch das BMAS zu belegen. Das ist ein Eingriff in die Finanz- und Organisationshoheit der Rehabilitationsträger.

Sofern das BMAS zur Umsetzung gesetzlicher Regelungen eine untergeordnete Institution einsetzen möchte, sollten für die Besetzung und Finanzierung klare Vorgaben gemacht werden und alle Rehabilitationsträger gleichwertig einbezogen werden.

Nach Ansicht der Ersatzkassen und ihres Verbandes ist § 39 entbehrlich und wäre folglich wieder zu streichen. Sollte der Gesetzgeber an seinem Vorschlag festhalten wollen, sollte zumindest die Aufgabenaufstellung insbesondere hinsichtlich der datengestützten Auswertung der Zusammenarbeit in Absatz 2 Nummer 1 korrigiert werden, da hier die Grundlage für eine umfängliche Datenerhebung und Aufbereitung gelegt wird, dessen Nutzen unklar bleibt. Unbenommen davon bleibt der regelmäßige und notwendige Austausch der Rehabilitationsträger zur Verbesserung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit im Rahmen des SGB IX.

Änderungsvorschlag

§ 39 Absatz 2 einleitender Satz wird wie folgt gefasst: *„Die Aufgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation können insbesondere sein:“*

§ 39 Absatz 2 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. Der regelmäßige Austausch der Rehabilitationsträger über die Ausgestaltung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit und daraus resultierendem Handlungsbedarf,“

Artikel 1 (Änderung des SGB IX)

§ 40 (Rechtsaufsicht)

Beabsichtigte Neuregelung

Das BMAS übt die Rechtsaufsicht über die BAR aus.

Stellungnahme vdek

Die Regelung erhebt das BMAS als einzige Rechtsaufsicht über die BAR. Dabei bleibt unbeachtet, dass einzelne Mitglieder einer anderen Rechtsaufsicht unterstehen. Beispielsweise die gesetzlichen Krankenkassen. Somit ist eine alleinige Rechtsaufsicht durch das BMAS unseres Erachtens unzulässig. Nicht nachvollziehbar sind die hierfür kalkulierten jährlichen Kosten für das BMAS in Höhe von 107.000 Euro (=1 Mitarbeiter A15).

Da bereits die Regelung in § 39 als unzulässig bewertet wird, ist folgerichtig auch diese Regel zu streichen.

Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 41 (Teilhabeverfahrensbericht)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Vorschrift soll die Zusammenarbeit der Träger und das Reha-Leistungsgeschehen transparenter gemacht und Möglichkeiten zur Evaluation und Steuerung eröffnet werden. Dazu sollen extrem ausdifferenziert Daten durch die Rehabilitationsträger erhoben und an die BAR weitergeleitet werden. Diese wiederum soll die Daten auswerten und eine gemeinsame Übersicht erstellen. Der Bund erstattet der BAR die Aufwendungen für die ihr übertragenen Aufgaben.

Stellungnahme vdek

Der Erfüllungsaufwand für die Verwaltung wird laut Begründung auf jährlich 13,175 Millionen Euro geschätzt. Davon werden an laufenden Kosten für die BAR (siehe Seite 207) rund 1 Million Euro eingeplant und gegebenenfalls vom BMAS erstattet. Somit sind für Datenerhebungen der Reha-Träger – ohne den Nutzen dieser detaillierten Erhebungen zu spezifizieren – jährlich über 12 Millionen Euro aufzubringen. Dies steht in keinem Verhältnis und ist klar abzulehnen. Im Übrigen sind die klaren Regelungen zu Geschäftsübersichten und Statistiken der Sozialversicherung im § 79 SGB IV ausreichend bzw. bei nachvollziehbarem Bedarf zu erweitern.

Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des SGB IX)
§ 43 (Krankenbehandlung und Rehabilitation)

Beabsichtigte Neuregelung

Klarstellung, dass rehabilitative Ziele auch bei der Krankenbehandlung zu berücksichtigen sind.

Stellungnahme vdek

Die Vorschrift stellt wie bisher klar, dass rehabilitative Ziele auch bei der Krankenbehandlung zu berücksichtigen sind. Ausweislich der Begründung soll die Änderung (des bisherigen § 27) durch den Hinweis auf §§ 12 und 19 den reibungslosen Übergang von der akutmedizinischen Krankenbehandlung in die Rehabilitation sichern. Die derzeitige Formulierung gibt das allerdings nicht her. Bereits in der Vergangenheit wurde der Bezug auf § 10 kritisiert, nunmehr wird die Regelung noch unverständlicher.

Änderungsvorschlag

Der Teilsatz „sowie die §§ 12 Absatz 1 und 3, 19“ ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des SGB IX)
§ 44 (Stufenweise Wiedereingliederung)

Beabsichtigte Neuregelung

Klarstellung, dass die medizinischen und ergänzenden Leistungen eine Wiedereingliederung ermöglichen sollen.

Stellungnahme vdek

Die Vorschrift entspricht weitgehend bisherigem Recht. Es wurde lediglich eine redaktionelle Änderung vorgenommen: Das Wort „besser“ nach dem Wort „voraussichtlich“ wurde gestrichen. Gleichzeitig wurde der letzte Halbsatz geändert. Festzustellen ist aber, dass der bisherige Text im § 28 das Gewollte klarer ausdrückt.

Änderungsvorschlag

Der letzte Halbsatz wird wie folgt geändert: „...ergänzenden Leistungen entsprechend dieser Zielsetzung erbracht werden“.

Artikel 1 (Änderung des SGB IX)
§ 46 (Früherkennung und Frühförderung)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Grundlagen für medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung werden näher konkretisiert. Zukünftig sollen auch andere nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen Leistungen der Frühförderung und Früherkennung erbringen können, wenn sie interdisziplinär arbeiten. Die konkrete Aus-

gestaltung der Leistung wird weitestgehend auf die Ebene der Länder übertragen. Landesrahmenvereinbarungen sind verbindlich abzuschließen und sollen länderspezifische Besonderheiten berücksichtigen. Bei der pauschalen Kostenaufteilung für Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen wird der Kostenanteil der Krankenkassen faktisch erhöht.

Stellungnahme vdek

Die Änderungen zur Früherkennung und Frühförderung sollen weiterhin dem Ziel dienen, behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern unbürokratisch und schnell erforderliche Leistungen zur Förderung wie aus einer Hand zur Verfügung zu stellen. Seit Inkrafttreten des SGB IX im Jahr 2001 hat es über die bisherige Regelung im § 30 Unstimmigkeiten und Auslegungstreitigkeiten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern gegeben. Diese wurden teilweise auch auf dem Rücken der Betroffenen ausgetragen. Zur Klärung wurde unter anderem 2009 ein Gemeinsames Rundschreiben des BMAS und Bundesministerium für Gesundheit (BMG) herausgegeben. Die Änderungen knüpfen weitgehend an dieses Rundschreiben an und sind insoweit akzeptabel.

Problematisch ist die Erweiterung der Leistungserbringer durch andere nach Landesrecht unter Sicherstellung der Interdisziplinarität zugelassene Einrichtungen. Der hinzugefügte Einrichtungstyp ist weder klar definiert noch die Interdisziplinarität nachgewiesen. Hier werden bisher explizit ausgeschlossene Kindertagesstätten oder heilpädagogische Einrichtungen mit beispielsweise aufsuchender Krankengymnastik zu Leistungserbringern der interdisziplinären Frühförderung erklärt und damit Kosten auf die gesetzlichen Krankenkassen abgewälzt. Dies widerspricht ausdrücklich der Zusage, dass mit dem Gesetz keine Kostenverlagerungen verbunden sein dürfen. Es widerspricht auch den Qualitätserfordernissen der interdisziplinären Frühförderung. Dies lehnen die Ersatzkassen ab, da auf diesem Wege Einrichtungen in die Finanzierung einbezogen werden, die den interdisziplinären Behandlungs- und Beratungsanspruch sowie die Ziele der Interdisziplinären Frühförderstellen nicht nachprüfbar erfüllen.

Ebenfalls problematisch ist die in Absatz 5 neu von bisher 80 auf jetzt 65 Prozent herabgesetzte Höchstgrenze der Kostenbeteiligung durch die Sozial- und Jugendhilfeträger. Diese Höchstgrenze entspricht gerade in sozial schwachen Regionen nicht dem erforderlichen Anteil an heilpädagogischen Leistungen. Hier soll einer Quersubventionierung durch die Krankenkassen Vorschub geleistet werden. Das ist nicht akzeptabel.

Änderungsvorschlag

Artikel 1 § 46 Absatz 2 wird gestrichen.

Absatz 5: Ersetze die Zahl 65 durch die Zahl 80.

Siehe im Weiteren die Änderungsvorschläge zu Artikel 22.

Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 90 (Aufgabe der Eingliederungshilfe)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung definiert die Aufgaben der Eingliederungshilfe. Die Absätze 2 bis 5 differenzieren nach den verschiedenen Leistungsarten und definieren die besonderen Aufgaben dieser Leistungen.

Stellungnahme

Die besondere Aufgabenbeschreibung (Zielbeschreibung) der verschiedenen Leistungsarten weicht von den entsprechenden Ausführungen im Teil 1 ab. Dies ist sachlich nicht nachvollziehbar und kann zu Leistungslücken führen. § 90 Absatz 2 lautet: *„Besondere Aufgabe der Medizinischen Rehabilitation ist es, eine Beeinträchtigung nach § 99 Absatz 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 aber nicht möglich. Denn die Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden durch das Leistungserbringungsrecht der Eingliederungshilfe (§ 102 Absatz 2 i. V. m. § 109 Absatz 2 SGB IX–neu) eng auf die Rehabilitationspraxis der GKV begrenzt. Den Leistungszielen nach §§ 4 (Teilhabe) und 42 Absatz 1 SGB IX (Medizinische Rehabilitation) kann nicht ausreichend entsprochen werden, da es Leistungen mit dem Ziel von § 4 Absatz 1 und § 42 Absatz 1 gibt, die nicht von der GKV erbracht werden können, z. B. Leistungen von interdisziplinären Teams unter Beteiligung therapeutischer Fachkräfte in Kindertagesstätten, Tagesfördereinrichtungen, Werkstätten und Wohnheimen. Diese sollen auch weiterhin wie bisher im Rahmen der Eingliederungshilfe erbracht werden.

Änderungsvorschlag

§ 90 Absätze 2 bis 5 werden gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des SGB IX) § 91 (Nachrang der Eingliederungshilfe)

Beabsichtigte Neuregelung

Das Nachrangprinzip der Leistungen der Eingliederungshilfe gegenüber den Leistungen der anderen Rehabilitationsträger wird festgeschrieben. Das Verhältnis zu Leistungen der Pflegeversicherung wird neu geregelt. Danach sind im häuslichen Umfeld Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich vorrangig zu Leistungen der Eingliederungshilfe, es sei denn, die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe steht im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfelds sind Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflegeversicherung vorrangig.

Stellungnahme vdek

Heute gilt zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe das Gleichrangigkeitsprinzip (siehe § 13 Absatz 3 SGB XI aF). Mit der Festlegung und Ausweitung des Nachrangigkeitsgrundsatzes der Leistungen der Eingliederungshilfe sind Kostenverlagerungen in Richtung Pflegeversicherung zu erwarten. Dies betrifft insbesondere die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen, die im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs oft deckungsgleich mit den Betreuungsleistungen der Eingliederungshilfe sind. In der Folge werden Betreuungsleistungen der Eingliederungshilfe mutmaßlich häufig oder nicht mehr bereitgestellt werden. Diese Kostenverlagerung lehnen die Ersatzkassen ab.

Änderungsvorschlag

Der Gleichrangigkeitsgrundsatz der Leistungen von Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe ist entsprechend § 13 Absatz 3 aufrecht zu erhalten.

Artikel 1 (Änderung des SGB IX)

§ 102 (Leistungen der Eingliederungshilfe)

Beabsichtigte Neuregelung

In dieser Vorschrift wird nochmals der Nachrang der Leistungen zur Sozialen Teilhabe klargestellt.

Stellungnahme vdek

Die Nachrangigkeit der Leistungen zur Sozialen Teilhabe ist grundsätzlich unstrittig. Allerdings wird in Absatz 2 festgelegt, dass ein Bedarf, der durch die Leistungen nach Absatz 1 Nummer 1 bis 3 dem Grunde nach gedeckt werden kann, Leistungen nach Absatz 1 Nummer 4 zur Deckung desselben Bedarfes aus Eingliederungshilfe ausschließt. Dies kann so ausgelegt werden, dass keinerlei Leistungen, die in §§ 42 ff. aufgeführt sind, von der Eingliederungshilfe erbracht werden können. Das wäre sachfremd.

Änderungsvorschlag

In § 102 Absatz 2 sind die Worte „*dem Grunde nach*“ zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des SGB IX)

§ 103 (Sonderregelungen für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Leistungen der Eingliederungshilfe können auch weiterhin Pflegeleistungen umfassen, wenn diese in Räumlichkeiten erbracht werden, in denen dem Leistungsberechtigten allein oder zu zweit ein persönlicher Wohnraum und zusätzliche Räumlichkeiten zur gemeinschaftlichen Nutzung überlassen werden.

Stellungnahme vdek

Die Regelung korrespondiert mit der Anpassung des § 43a SGB XI, der vorsieht, dass in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen die Pflege im Rahmen einer Komplexleistung erbracht werden soll. Nicht passieren soll, dass die bisher praktizierte einheitliche Leistungserbringung durch qualifizierte Leistungserbringer aufgesplittet wird und in Zukunft verschiedene Leistungserbringer herangezogen werden müssen. Diesen Ansatz befürworten die Ersatzkassen ausdrücklich.

Dies sollte gleichermaßen für Bewohner entsprechender Räumlichkeiten gelten, die einen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Es sei denn, der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege erfordert eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegekraft. In solchen Fällen soll die Behandlungspflege als Leistung der häuslichen Krankenpflege in den Räumlichkeiten erbracht werden.

Änderungsvorschlag

In § 103 Satz 1 wird hinter dem Wort „Räumlichkeiten“ folgender Text eingefügt: *„einschließlich der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege; nicht umfasst sind Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung des Bewohners durch eine qualifizierte Pflegekraft erfordert.“*

Artikel 1 (Änderung des SGB IX)

§ 118 (Instrumente der Bedarfsermittlung)

Sachverhalt

Es wird eine Sonderregelung für die Träger der Eingliederungshilfe für die Entwicklung der Instrumente zur Bedarfsermittlung eingeführt.

Bewertung

Die Sonderregelung ist im Hinblick auf die Zusammenarbeit und die Regelungen zur Teilhabepflicht und Leistungspflicht des zweitangegangenen Reha-Trägers problematisch.

Änderungsvorschlag

Da für die übrigen Reha-Träger eine gemeinsame Regelung zu den Instrumenten der Bedarfsermittlung (§ 13) geschaffen wurde, sollten dort auch die Träger der Eingliederungshilfe einbezogen werden.

Stellungnahme zum Referentenentwurf Artikel 22 (Änderung der Frühförderungsverordnung)

Artikel 22 (Frühförderungsverordnung)
Nr. 3, 8, 9

Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderungen zu Artikel 1 § 46 (Früherkennung und Frühförderung). Zukünftig sollen auch andere nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen Leistungen der Frühförderung und Früherkennung erbringen können, wenn sie interdisziplinär arbeiten.

Stellungnahme vdek

Die Erweiterung der Leistungserbringer durch andere nach Landesrecht unter Sicherstellung der Interdisziplinarität zugelassene Einrichtungen ist problematisch. Der hinzugefügte Einrichtungstyp ist weder klar definiert noch die Interdisziplinarität nachgewiesen. Hier werden bisher explizit ausgeschlossene Kindertagesstätten oder heilpädagogische Einrichtungen mit beispielsweise aufsuchender Krankengymnastik im Einzelfall zu Leistungserbringern der interdisziplinären Frühförderung erklärt und damit Kosten auf die gesetzlichen Krankenkassen abgewälzt. Dies widerspricht ausdrücklich der Zusage, dass mit dem Gesetz keine Kostenverlagerungen verbunden sein dürfen.

Änderungsvorschlag

Artikel 22:

Nr. 2 § 2 b) In Satz 1 werden die Worte „*von nach Landesrecht unter Sicherstellung der Interdisziplinarität zugelassenen Einrichtungen*“ gestrichen.

Nr. 3 wird gestrichen.

Nr. 8 § 7 a) Es wird der Textteil ... *nach den Wörtern „Die interdisziplinären Frühförderstellen“ die Wörter „, nach Landesrecht unter Sicherstellung der Interdisziplinarität zugelassenen Einrichtungen“ und ...* gestrichen.

Nr. 8 § 7 c) wird gestrichen.

Nr. 9 wird gestrichen.

Die Nummern 4, 5, 6, 7, 8 werden zu den Nummern 3, 4, 5, 6, 7.
Die Nummer 10 wird zur Nummer 9.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Askanischer Platz 1 10963 Berlin Tel.: 030/2 69 31 - 0

Fax: 030/2 69 31 - 2900
info@vdek.com