

– Fachbeitrag D6-2017 –

16.02.2017

Reha- und Teilhaberecht umsetzen – medizinische Rehabilitation zwischen Eingliederungshilfe und Krankenversicherung: Bericht zum Workshop im Rahmen des DVfR-Kongresses 2016¹

Von Steffen Heidt, Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, Heidelberg

Vom 14. bis 15.11.2016 fand in Berlin der Kongress „Teilhabe – Anspruch und Wirklichkeit in der medizinischen Rehabilitation“ der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) statt.² Gegenstand des im Rahmen der Veranstaltung durchgeführten Workshops „Reha- und Teilhaberecht umsetzen – medizinische Rehabilitation zwischen Eingliederungshilfe und Krankenversicherung“ unter der Leitung von Prof. Dr. Felix Welti (Universität Kassel) waren Umsetzungsaspekte des Rehabilitations- und Teilhaberechts in der medizinischen Rehabilitation vor dem Hintergrund des geplanten Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). Der Fokus lag dabei auf der Praxis der beteiligten Rehabilitationsträger, der bisherigen Leistungserbringung und den Möglichkeiten und Grenzen der zukünftigen Leistungserbringung nach dem BTHG.

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag D7-2017 in der Kategorie D: Konzepte und Politik veröffentlicht; Zitiervorschlag: Heidt: Reha- und Teilhaberecht umsetzen – medizinische Rehabilitation zwischen Eingliederungshilfe und Krankenversicherung: Bericht zum Workshop im Rahmen des DVfR-Kongresses 2016; Beitrag D6-2017 unter www.reha-recht.de; 16.02.2017.

² Die Gesamt-Dokumentation des Kongresses ist abrufbar unter <http://www.dvfr.de/veranstaltungen-der-dvfr/berichte/dvfr-kongress-2016/dokumentation/>; ein Überblick zu der Veranstaltung findet sich auch in Goldbach: Aktuelle Herausforderungen in der medizinischen Rehabilitation – Ein Beitrag zum DVfR-Kongress „Teilhabe – Anspruch und Wirklichkeit in der medizinischen Rehabilitation“ am 14./15. November 2016 in Berlin; Beiträge D3-2017 und D4-2017 unter www.reha-recht.de; 08.02.2017 und 10.02.2017.

I. Einführung in die gesetzlichen Rahmenbedingungen

Zu Beginn erläuterte **Prof. Dr. Felix Welti** (Universität Kassel) die rechtlichen Grundlagen mit einem Ausblick auf zu erwartende gesetzliche Änderungen durch das BTHG.³

Die Krankenkassen und die Träger der Eingliederungshilfe können zuständige Träger der medizinischen Rehabilitation sein. Art und Umfang von Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Eingliederungshilfe entsprechen den Rehabilitationsleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), vgl. § 54 Abs. 1 S. 2 SGB XII.⁴ Grundsätzlich besteht eine vorrangige Zuständigkeit der GKV (§ 2 Abs. 1 SGB XII). Wegen der 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz⁵ eingeführten sog. Auffang-Pflichtversicherung in der GKV (vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) sind die Träger der Eingliederungshilfe für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation – wenn überhaupt – nur vorläufig zuständig (z. B. § 14 SGB IX⁶). Ein Problem besteht für privat versicherte Personen, bei denen Reha-Ansprüche regelmäßig nicht so weitgehend sind wie bei den gesetzlich Versicherten.

Die hohe Relevanz der Schnittstelle der Eingliederungshilfe zur GKV wird insbesondere durch die umfangreiche Rechtsprechung zu diesem Thema deutlich. Immer wieder geht es um Fragen der Abgrenzung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation von Leistungen zum Leben in der Gemeinschaft. So ist für eine Versorgung mit Hilfsmitteln, die über den begrenzten Anspruch nach dem Recht der GKV hinausgeht, häufig die Sozialhilfe zuständig.⁷ Abgrenzungsfragen stellen sich auch im Zusammenhang mit den medizinischen Leistungen im Rahmen der Früherkennung und Frühförderung (vgl. Regelung der Komplexleistung und Koordination der beteiligten Rehabilitationsträger, § 30 Abs. 1 Satz 2 SGB IX in Verbindung mit § 8 Abs. 1 FrühV). Zur Konkretisierung und Umsetzung der Regelungen zur trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung (§ 10 SGB IX) und zur Zuständigkeitsklärung (§ 14 SGB IX) sind gemeinsame Empfehlungen, regionale Arbeitsgemeinschaften und gemeinsame Servicestellen vorgesehen (§§ 12, 13, 22 ff. SGB IX); in der Praxis bestehen hier allerdings vielfach Probleme.

³ Die Vorträge/Diskussion im Rahmen des Workshops (und entsprechend dieser zusammenfassende Fachbeitrag) bezieht sich auf die Rechtslage mit Stand vom November 2016 sowie auf den Stand des Regierungsentwurfs des BTHG (Stand: 22.06.2016) unter Berücksichtigung der Stellungnahme des Bundesrats vom 23.09.2016. Stand des Entwurfs für ein Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) war – soweit relevant – der 28.06.2016 (Regierungsentwurf). Zitierte Neuregelungen im SGB IX und im SGB XI sind durch den Zusatz „-neu“ gekennzeichnet.

⁴ § 109 Absatz 2 SGB IX-neu übernimmt diese Regelung, zur Kritik s. u. II.

⁵ Vom 26.03.2007, BGBl. I 2007, S. 378.

⁶ Zum Verhältnis von § 43 SGB I (Vorläufige Leistungen) zu § 14 SGB IX (Zuständigkeitsklärung) vgl. Gagel u. a.: Anwendbarkeit von § 43 SGB I im Wirkungsbereich des § 14 Abs. 1 und 2 SGB IX mit Anmerkung Dr. Haines; Beitrag 5 | 2005 unter www.reha-recht.de; 01.06.2005.

⁷ Z. B. LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 27. Mai 2015 – L 6 KR 55/15 B ER (Therapiestuhl für die Benutzung in einer Kindertagesstätte).

Es ist zu erwarten, dass sich mit dem BTHG die Grundzüge des skizzierten Systems nicht wesentlich ändern. Kritisiert wird in jedem Fall die neue Festschreibung eigener Leistungsziele für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Eingliederungshilfe (vgl. § 90 SGB IX-neu); die Regelung könnte faktisch auf eine Einschränkung des Leistungsumfangs hinauslaufen⁸. Die Instrumente für eine gemeinsame Bedarfsfeststellung sind künftig genauer beschrieben; von allen Trägern wird die Entwicklung (ggf. eigener) Instrumente verlangt (vgl. § 13 SGB IX-neu), wobei eine Orientierung an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) allerdings nicht vorgeschrieben ist. Bisher nur in Gemeinsamen Empfehlungen geregelt und mit dem BTHG neu eingeführt wird ein trägerübergreifendes Teilhabeplanverfahren (§ 19 SGB IX-neu) mit einer Teilhabeplankonferenz unter Beteiligung des Betroffenen (§ 20 SGB IX-neu), wenn eine Zuständigkeit mehrerer Rehabilitationsträger in Betracht kommt. Das Verhältnis des Teilhabeplans zum Gesamtplan im neuen Recht der Eingliederungshilfe (§§ 117, 121 SGB IX-neu) ist noch ungeklärt, und es wird auch kritisiert, dass ausdrücklich nur beim Gesamtplan eine ICF-Orientierung vorgeschrieben ist. Die Regelungen zu den gemeinsamen Servicestellen werden mit dem BTHG entfallen; bei den regionalen Arbeitsgemeinschaften bleibt es bei einer Soll-Regelung (§ 25 Abs. 2 Satz 1 SGB IX-neu).

II. Perspektive eines Leistungserbringers

Im zweiten Impulsvortrag ging **Prof. Dr. Michael Seidel** (Ärztlicher Direktor a. D. des Stiftungsbereichs Bethel.regional, v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel) zunächst auf wichtige im BTHG geplante Neuregelungen ein und kommentierte diese kritisch vor dem Hintergrund praktischer Erfahrungen. Anschließend skizzierte er die aktuelle Situation in Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie die Anforderungen an eine Versorgung von Menschen mit schweren und komplexen Behinderungen.⁹

Mit der Übernahme der bisherigen Regelung zu Art und Umfang von medizinischen Rehabilitationsleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe (§ 109 SGB IX-neu) drohen in Verbindung mit der neuen Zielbestimmung nach § 90 Abs. 2 SGB IX-neu Leistungslücken, wenn nach dem folglich anzuwendenden Leistungsrecht der GKV Leistungen nicht oder nicht bedarfsdeckend erbracht werden. Das Behinderungsmodell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (ICF)¹⁰ wird im BTHG u. a. bei der umstrittenen geplanten „5 von 9“-Regelung in

⁸ Vgl. z. B. Diskussionsbeitrag aus der DVfR zum Regierungsentwurf des „Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen – Bundesteilhabegesetz (BTHG)“ (Stand: 07.11.2016), abrufbar unter: http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Stellungnahmen/DVfR-Diskussionspapier_BTHG-Regierungsentwurf_Stand_07_11_2016_EF.pdf.

⁹ Die Präsentation ist abrufbar unter http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Veranstaltungen/161114_DVfR-Kongress_2016/WS_4_Perspektive_eines_Leistungserbringers_Michael_Seidel.pdf.

¹⁰ Mehr zur ICF im Glossar des Diskussionsforums: <http://www.reha-recht.de/glossar/glossar-ubersicht/beitrag/artikel/icf-international-classification-of-functioning-disability-and-health/>.

Bezug auf den Personenkreis der Eingliederungshilfe (§ 99 SGB IX-neu) verfehlt angewendet; im Kern liegt das Problem in einer willkürlichen Auswahl relevanter Aspekte der ICF. Neben den problematischen Neuregelungen zum Vorrang der Pflege (§§ 91 Abs. 3, 103 Abs. 2 SGB IX-neu; § 13 Abs. 3 SGB XI-neu) gegenüber der Eingliederungshilfe¹¹ ist Kritik auch an der unzureichenden Regelung der Gesundheitsversorgung zu üben: So sind bei § 78 SGB IX-neu (Assistenzleistungen) Ergänzungen zur Verdeutlichung notwendig, dass Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe verschiedene gesundheitsbezogene Aufgaben im Alltag übernehmen müssen.¹² Schließlich erschwert der konzeptionelle Ansatz des BTHG den in Artikel 26 UN-BRK verankerte Grundsatz einer interdisziplinären und multiprofessionellen Leistungserbringung.

Vor dem Hintergrund der in den Einrichtungen stetig knapper werdenden personellen Ressourcen bei gleichzeitig häufig fehlender Fachkenntnisse gelingt es immer weniger, den oftmals komplexen Bedarfen von Menschen mit schweren erworbenen Beeinträchtigungen (z. B. Hirnschäden) an langfristigen und in den Alltag integrierten rehabilitativen und unterstützenden Maßnahmen mit dem Leistungsumfang der medizinischen Rehabilitation hinreichend Rechnung zu tragen. Im Bereich der ambulanten Versorgung stellt die mobile Rehabilitation eine gute Lösung dar; deren flächendeckender Ausbau läuft bisher allerdings nur schleppend.

Im Ergebnis zeigt sich, dass die bereits nach geltendem Recht bestehenden Leistungslücken insbesondere bei Menschen mit schweren und komplexen Behinderungen durch das BTHG nicht überwunden, sondern vielmehr vermehrt werden. Mit der herkömmlichen medizinischen Rehabilitation ist es nicht möglich, die besonderen Bedarfe dieser Personengruppe zu decken.

III. Leistungserbringung in der Praxis der Eingliederungshilfe

Als nächster Referent stellte **Jürgen Langenbacher** (Leiter Abteilung Leistung, Landschaftsverband Rheinland) zunächst drei auf Initiative von Leistungserbringern entwickelte Modelle vor, bei denen unter einem Dach medizinische Rehabilitation und Angebote der Eingliederungshilfe miteinander verknüpft werden. Auf den Best-Practice-Bericht folgten sodann kurze Einschätzungen zu wichtigen Verfahrensneuregelungen im BTHG.

In einem Angebot für betreutes Wohnen mit traumaspezifischer ambulanter Förderung (BeWo-TAF) werden für (ehemalige) Patienten des Alexianer Krankenhauses in Kre-

¹¹ Ausführlich hierzu z. B. der Diskussionsbeitrag aus der DVfR zum Regierungsentwurf des „Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen – Bundesteilhabegesetz (BTHG)“ (aktualisierte Version – Stand: 07.11.2016), S. 4 ff. (abrufbar unter http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Stellungnahmen/DVfR-Diskussionspapier_BTHG-Regierungsentwurf_Stand_07_11_2016_EF.pdf).

¹² Vgl. hierzu die Stellungnahme der Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGb) zum BTHG (abrufbar unter http://www.dgsgb.de/downloads/documents/dgsgb_stellungnahme_BTHG.pdf).

feld medizinische Leistungen der Krankenbehandlung und Leistungen der Eingliederungshilfe (speziell Leistungen zum selbstständigen Wohnen mit ambulanter Unterstützung) aus einer Hand und aufeinander abgestimmt erbracht, während die Finanzierung über unterschiedliche Träger läuft (SGB V und SGB XII). Bei OSKAR (Ortsnahe Soziopsychiatrische Kölner Ambulante Rehabilitation) bietet der Kölner Verein für Rehabilitation als gemeindepsychiatrischer Träger eine ambulante, ganztägige Rehabilitationsmaßnahme für psychisch kranke Menschen an. Gleichzeitig bestehen vielfältige Möglichkeiten der sozialen Teilhabe. Auch hier findet also eine Verknüpfung von Rehabilitation und sozialer Teilhabe statt. Die Angebote der Kaiserwerther Diakonie in Düsseldorf schließlich richten sich an Menschen mit psychischen Erkrankungen und Einschränkungen (auch in Verbindung mit einer Suchterkrankung). Es handelt sich um ein Modell für die medizinisch-berufliche Rehabilitation und soziale Teilhabe unter einem Dach, bei der die Leistungsbringung zum einen von der Rentenversicherung und zum anderen von der Eingliederungshilfe finanziert wird, sofern jeweils die leistungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen.

Die genannten Beispiele stellen insoweit Ausnahmen dar, als die Umsetzung der Regelungen zur Zusammenarbeit und Koordination verschiedener Träger in der Praxis oft nicht funktioniert. Die Entwicklung übergreifender Modelle geht in der Regel auf die Initiative von Leistungserbringern zurück.

Mit dem neuen Teilhabeplanverfahren bestehen gegenüber dem bisherigen Verfahren verbindlichere Regelungen zur Erreichung des Ziels abgestimmter und nahtloser Leistungen, sobald Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Träger erforderlich sind. Im Bereich der Gesamtplanung könnte es indes dazu kommen, dass einheitliche Verfahrensregelungen nur auf Landesebene zustande kommen (vgl. § 118 Abs. 2 SGB IX-neu mit der Möglichkeit von Rechtsverordnungen durch die Landesregierungen). Bei den Teilhabeplankonferenzen wird entscheidend sein, dass diese von Beginn an mit allen in Betracht kommenden Trägern durchgeführt werden, mithin unabhängig von der Frage einer etwaigen Zuständigkeitsklärung. Wünschenswert, im BTHG aber nicht vorgesehen, wäre eine regelhafte Beteiligung der Leistungserbringer an den Konferenzen. So hat die Erfahrung im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe im Rheinland gezeigt, dass Leistungserbringer das Hilfeplanverfahren mit ihrer praktischen Expertise oft entscheidend voranbringen können.

IV. Anmerkungen zur Schnittstelle Krankenversicherung und Eingliederungshilfe

In einem abschließenden Vortrag fasste **Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann** (Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation und leitender Arzt Rehabilitationsfachdienste, Stiftung kreuznacher diakonie) zunächst wichtige Themen der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands zum BTHG zusammen, u. a. das Verhältnis Teilhabeplan zum Gesamtplan, die Kostenübernahme für Behandlungspflege sowie die neu-

en Festlegungen zur Aufgabe Eingliederungshilfe.¹³ Sodann ging der Referent vor dem Hintergrund seiner praktischen Erfahrung näher auf Teilhabeplankonferenzen, das Thema Heil- und Hilfsmittel sowie auf die besonderen Anforderungen bei Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen ein.

In der Stiftung kreuznacher diakonie werden Teilhabeplankonferenzen schon länger regelhaft durchgeführt. Festzustellen ist ein hohes Interesse der Betroffenen, dass auch Leistungserbringer daran teilnehmen und ihr Wissen einbringen.

In der Praxis wird im Rahmen von Teilhabeplankonferenzen häufig Bedarf an einem Heilmittel festgestellt. Dann stellt sich die (rechtssystematische) Frage, ob eine solche Maßnahme der medizinischen Rehabilitation zugeordnet werden kann, oder ob nicht vielmehr eine Krankenbehandlung als Teil der vertragsärztlichen Versorgung anzunehmen ist. Das Problem, so die Antwort von **Prof. Dr. Welti**, besteht hier darin, dass es für Einzelleistungen zur medizinischen Rehabilitation an einem Anknüpfungspunkt im SGB V als Leistungsgesetz fehlt; die bloße Erwähnung im SGB IX reicht nicht aus. Zwar sind die Krankenkassen wegen § 27 SGB IX auch bei einer Krankenbehandlung zur Koordinierung der Leistungen mit anderen Rehaträgern und den Trägern der Eingliederungshilfe verpflichtet (§ 10 SGB IX). In Anbetracht der Unterschiede zum System der vertragsärztlichen Versorgung müsste die Einbeziehung einzelner vertragsärztlicher Leistungen in die Rehabilitation allerdings in Gesamtverträgen nach § 73 Abs. 3 SGB V geregelt werden; daran fehlt es aber bisher.¹⁴

Bei der Hilfsmittelversorgung ist aus Sicht der Praxis zunehmend eine Verschiebung zu Lasten der Eingliederungshilfe zu beobachten.¹⁵ Lösungen für diese Schnittstelle sind im BTHG nicht vorgesehen.

Im Hinblick auf die Situation von Menschen mit schweren und komplexen Behinderungen stellt sich die Frage, ob unter der neuen Zielbestimmung der Eingliederungshilfe (§ 90 SGB IX-neu) die zur Bedarfsdeckung erforderlichen interdisziplinären Teams überhaupt noch möglich sind. Im Bereich der neu geregelten Assistenzleistungen (§ 78 SGB IX-neu) sind interdisziplinäre Ansätze nicht erkennbar. Es besteht die Gefahr, dass die Betroffenen vermehrt in die Pflege gelangen, weil die Ausstattung der Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach dem Text des BTHG eine adäquate Betreuung nicht mehr verantwortlich zulässt.

¹³ Die Stellungnahme ist abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/20161102_Stellungnahme_GKV_SV_GE_BTHG.pdf.

¹⁴ Vgl. auch Welti.: Rechtliche Rahmenbedingungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation bei Sehverlust – Grundlagen der medizinischen Rehabilitation nach der UN-Behindertenrechtskonvention sowie Vorgaben und Finanzierungsmöglichkeiten auf Grundlage des SGB IX und des Leistungsrechts der Rehabilitationsträger; Beitrag D16-2016 unter www.reha-recht.de; 06.05.2016.

¹⁵ Z. B. LSG Sachsen-Anhalt a. a. O.

V. Diskussion

Im Mittelpunkt der anschließenden Diskussion stand die Frage, wie die Versorgung Betroffener mit medizinisch-rehabilitativen Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe in Zukunft sichergestellt werden kann.

In den Blick genommen wurden hierzu zunächst Handlungsoptionen nach geltendem Recht.

Das trägerübergreifende Persönliche Budget ermöglicht die zusammengefasste Erbringung von Leistungen mehrerer Träger aus einer Hand (§ 17 Abs. 2 S. 3 SGB IX). Mit Blick auf die medizinische Rehabilitation sind Zuordnungsfragen bei einzelnen Maßnahmen (vgl. oben) jedenfalls dann unerheblich, wenn sie die Kriterien (weiterer) budgetfähiger Leistungen im Sinne des § 17 Abs. 2 S. 4 SGB IX erfüllen und mindestens eine Leistung zu Teilhabe einbezogen ist.

Als andere Möglichkeit wurde das von der DVfR im Kontext teilhabeorientierter Heilmittelversorgung vorgeschlagene Modell der Leistungsbündelung in bestimmten Settings vorgestellt; die Bündelung erfolgt dabei durch einen Dienst oder eine Einrichtung unter Beachtung der (bestehenden) leistungsrechtlichen Vorgaben der einzelnen Sozialleistungsträger.¹⁶

Kritisch äußerten sich die Diskutanten zu den Perspektiven der Versorgung in Anbetracht der zu erwartenden gesetzlichen Änderungen durch das BTHG.

So wurde mit Blick auf die neu geregelten Zielbestimmungen in § 90 SGB IX-neu die Frage aufgeworfen, ob bei einem mittelbaren Behinderungsausgleich künftig überhaupt noch von einer Leistungspflicht der Eingliederungshilfe ausgegangen werden kann. Problematisiert wurde des Weiteren die Privilegierung leistungsberechtigter, im Erwerbsleben befindlicher Personen mit Blick auf die Hilfe zur Pflege (§ 103 Abs. 2 SGB IX-neu) und in diesem Kontext auch der Vorschlag des Bundesrats für ein „Lebenslagenmodell“, mit dem das Verhältnis von Eingliederungshilfe und Pflege geregelt werden soll¹⁷. Bemängelt wurde ferner das Fehlen eines Anspruchs von Betroffenen auf Durchführung einer Teilhabekonferenz.

Im Zusammenhang mit der „5 von 9“-Regelung zum Zugang zur Eingliederungshilfe thematisierten die Diskutanten schließlich den in Art. 25 Abs. 2 BTHG-Regierungsentwurf vorgesehenen Evaluierungsvorbehalt. Es ist zweifelhaft, ob mit begleitenden Forschungsmaßnahmen den Unsicherheiten bei der Umsetzung, v. a. was die Entwicklung der Fallzahlen angeht, adäquat begegnet werden kann. Im Ergebnis

¹⁶ Vgl. hierzu die Expertise der DVfR „Zur Bedeutung der Heilmittel für die Förderung der Teilhabe unter Berücksichtigung des Auftrags therapeutischer Fachberufe – ein Beitrag zur aktuellen Diskussion“ (Februar 2016), S. 55 ff. (abrufbar unter http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Stellungnahmen/Heilmittel-Ausschuss_Expertise.pdf).

¹⁷ Vgl. z.B. Diskussionsbeitrag aus der DVfR zum BTHG-Regierungsentwurf a. a. O.

erscheint die Streichung der Neureglung angesichts der vehementen Kritik am Konzept ohnehin als der gangbarere Weg.

VI. Fazit und Ausblick

Der Workshop machte insbesondere deutlich, welche Probleme mit den Änderungen durch das BTHG zu erwarten sind. Von den thematisierten neuen Vorschriften entfiel bis zum Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens u. a. die „5 von 9“-Regelung; die Privilegierung erwerbstätiger Leistungsberechtigter bei der Hilfe zur Pflege wurde zugunsten eines „Lebenslagenmodells“ aufgegeben. Die Diskussion, wie unter den nach der Reform fortgeltenden Vorschriften und mit Blick auf die aktuellen Entwicklungen in den Einrichtungen die Versorgung Betroffener sichergestellt werden kann, steht erst am Anfang und wird von der DVfR weiter begleitet werden.

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.
