Fachverband Sucht e.V.

Walramstraße 3 - 53175 Bonn
Tel.: 0228/261555 - Fax: 0228/215885
sucht@sucht.de - www.sucht.de

Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. zum Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)“ – Bearbeitungsstand 18.12.2015

A Stellungnahme zum Teil 1 „Die Regelungen für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen“

I Präambel: Grundsätzliche Aspekte

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) unterstützt das grundsätzliche Anliegen, die Verwirklichung von Menschenrechten durch die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen oder bei denen eine Behinderung droht am politischen, gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben zu fördern. Es stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, deren Inklusion, Chancengleichheit, berufliche Integration und Recht auf ein selbstbestimmtes Leben in der Gesellschaft zu fördern und Diskriminierungen abzubauen. Hinsichtlich der Weiterentwicklung des SGB IX Teil 1 begrüßt der FVS ferner das Anliegen des Gesetzgebers,

- am gegliederten System festzuhalten und Vorkehrungen und Instrumente dafür zu schaffen, die Nachteile des gegliederten Systems zu reduzieren bzw. zu beseitigen,
- die Regelungen zur Zuständigkeitsklärung, der Bedarfsermittlung, zum Teilhabeplanverfahren und zu den Erstattungsverfahren der Rehabilitationsträger untereinander zu schärfen,
- Leistungskataloge zur Medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Sozialen Teilhabe zu präzisieren und zu erweitern,
- ein unabhängiges Teilhabeberatungsangebot zur Verfügung zu stellen, das eine kompetente Beratung und Unterstützung bietet und flächendeckend zur Verfügung steht,
- die frühzeitige Bedarfserkennung und die nahtlose Inanspruchnahme von erforderlichen Rehabilitationsleistungen zu fördern,
- die Teilhabe am Arbeitsleben durch passgenaue Leistungen zu verbessern und die soziale Teilhabe durch eine personenzentrierte Ausrichtung zu stärken,
- die Prävention dahingehend zu stärken, dass Übergänge aus dem SGB II und SGB VI in die Eingliederungshilfe verringert werden.

Insgesamt muss sichergestellt sein, dass die Leistungen zur Teilhabe auf hohem qualitativem Niveau erbracht, die verschiedenen Leistungen aufeinander abgestimmt und die jeweiligen Zuständigkeiten klar geregelt werden. Aus Sicht des FVS sollte die Verantwortung bei mehreren zuständigen Leistungsträgern einzelfallbezogen geregelt werden und bei demjenigen Leistungsträger liegen, der jeweils die umfassendste Rehabilitationsleistung erbringt. Die Leistungsverantwortung sollte ggf. im Rehabilitationsprozess auf einen anderen Rehabilitationsträger übergehen, wenn dieser im weiteren Verlauf nun die umfassendste Rehabilitationsleistung erbringt.

Eine einheitliche, teilhabeorientierte Bedarfsfeststellung unter Nutzung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation und einer verbindlichen Orientierung an der ICD, welche trägerübergreifend einzusetzen sind, ist aus Sicht des FVS zudem

erforderlich. Entsprechend zwischen den Rehabilitationsträgern abgestimmte Instrumente zur Bedarfsfeststellung sollten in allen Sektoren, in denen Menschen mit Rehabilitationsbedarf anzutreffen sind (z.B. in Arztpraxen, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Betrieben, Jobcentern), zur Anwendung kommen. Es empfiehlt sich, hierbei ggf. gestufte und aufeinander abgestimmte Verfahren (allgemeine und spezifische Screeningverfahren, Diagnoseinstrumente und Assessmentverfahren) einzusetzen, welche die besonderen Zielsetzungen und Zuständigkeiten der unterschiedlichen Rehabilitationsträger berücksichtigen.

Die Zielsetzung einer neutralen Beratung im Vorfeld der entsprechenden Rehabilitationsleistung sowie einer transparenten und qualitätsorientierten Fallsteuerung durch die Leistungsträger werden ebenfalls unterstützt. Zudem sollte klargestellt werden, dass die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts generell ohne die Zahlung von Mehrkosten erfolgt.

Für die nahtlose Gestaltung von Übergängen an den verschiedenen Nahtstellen, welche den Zugang zur Rehabilitation und den postrehabilitativen Verlauf betreffen, ist ein personenbezogenes und sektorenübergreifendes Case-Management erforderlich. Hierfür sind verbindliche Regelungen hinsichtlich der Zuständigkeit der Leistungsträger und der Finanzierung zu schaffen.

Die Rechtsposition der Verbände der Leistungserbringer in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sollte im Gesetzgebungsverfahren grundsätzlich noch gestärkt werden (z.B. § 38).

Im Weiteren gehen wir auf einige besondere Aspekte ein, welche den Bereich der Versorgung und Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen betreffen.

1. Es gibt ein (weitgehend) flächendeckendes Netz von ambulanten Suchtberatungsstellen, welche allerdings in der Mehrzahl der Fälle einem Einrichtungsträger angehören, der gleichzeitig auch entsprechende medizinische Rehabilitationsleistungen (Entwöhnungsbehandlungen) vorhält. Eine ergänzende unabhängige Beratung – jenseits von entsprechenden Trägerinteressen – halten wir z.B. hinsichtlich der Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung bzw. der Unterstützung bei der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts des Leistungsberechtigten für wichtig. Gleichwohl ist eine Regelung der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Angebotsformen erforderlich.
2. Da sich derzeit ein Großteil der suchtkranken Menschen nicht in einer adäquaten suchtspezifischen Behandlung befindet, diese aber z.B. bedingt durch die Folgeerkrankungen der Abhängigkeit häufig in Kontakt zum niedergelassenen Arzt oder zu einem Krankenhaus stehen, ist ein Ausbau der Früherkennung und Frühintervention im akutmedizinischen Bereich (niedergelassener Arzt, Krankenhaus) und eine stärkere Verknüpfung mit der Suchtkrankenhilfe und -behandlung dringend erforderlich. Zielsetzung muss es sein, rehabilitationsbedürftigen Menschen frühzeitig eine fachgerechte suchtspezifische Behandlung zukommen zu lassen. Auch in weiteren Bereichen wie z.B. den Jobcentern, Betrieben ist die Früherkennung und frühzeitige Inanspruchnahme bei suchtbezogenen Störungen von Leistungen zu fördern.
3. Nahtlose Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung sind auszubauen. Dies impliziert eine Ausweitung des Antragsverfahrens in der Form, dass niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Psychologische Psychotherapeuten auch direkt - unter Zugrundelegung eines entsprechenden Befundberichtes – eine Entwöhnungsbehandlung beantragen und einleiten können.
4. Passgenaue Ansätze zur Förderung der beruflichen (Re-)Integration von arbeitslosen suchtkranken Menschen und die Vernetzung beruflicher und medizinischer Leistungen sollten weiter ausgebaut werden, damit die Teilhabe an Beruf und Gesellschaft sowie die Stabilisierung des Rehabilitationsprozesses entsprechend gefördert und Rückfälle verhindert werden.

II Stellungnahme zu einzelnen Paragrafen des Arbeitsentwurfs – Teil 1

§ 7 Vorbehalt abweichender Regelungen (2)

Es wird begrüßt, dass die im Entwurf enthaltenen Vorschriften nach den Kapiteln 2 bis 4 (Prävention, Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs, Koordinierung der Leistungen) von dem Vorrang der Leistungsgesetz der Rehabilitationsträger (s. § 7 (1)) ausgenommen sind. Allerdings stellt sich die

Frage, warum dies nicht auch auf weitere Kapitel (z.B. 5, 7) zutrifft. Begrüßt wird, dass alle Rehabilitationsträger koordiniert zusammenarbeiten sollen, indem sie die Bedarfe umfassend ermitteln und die Leistungen nahtlos festzustellen und zu erbringen haben.

§ 8 Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten

Es sollte eine unabhängige Beratung (s. § 32 des Entwurfs) bei der Unterstützung des Wunsch- und Wahlrechts gewährleistet sein, zudem darf die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts nicht an die Zahlung von Mehrkosten gekoppelt werden. Von daher schlagen wir folgende Ergänzungen vor:

„(5) Die Unterstützung des Leistungsberechtigten hinsichtlich der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts beinhaltet eine unabhängige Teilhabeberatung."

(6) „Bei Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts entstehen für den Leistungsberechtigten keine Mehrkosten."

§ 9 Vorrang von Leistungen zur Teilhabe

Es wird begrüßt, dass die Rehabilitationsträger den klaren Auftrag haben, weitere Rehabilitationsträger zu beteiligen, wenn mehrere fallbezogen für die Zuständigkeit von Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen. Dies trifft auch auf die Jobcenter (s. Abs. 4, Satz 1) zu, denen eine wichtige Aufgabe bei der Feststellung eines Rehabilitationsbedarfs zukommt. So ist beispielsweise davon auszugehen, dass in den Jobcentern – verglichen mit der Gesamtbevölkerung – ein höherer Anteil an Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen (incl. Suchterkrankungen) anzutreffen ist.

§ 10 Sicherung von Erwerbsfähigkeit und Beschäftigung

Die Prüfung, ob flankierend zur medizinischen Rehabilitation auch weitere Rehabilitationsbedarfe zur Teilhabe am Arbeitsleben vorliegen, ist im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen aufgrund des hohen Anteils von arbeitslosen Menschen von erheblicher Bedeutung. Erforderlich ist, dass bereits während der medizinischen Rehabilitation die Beratung, Antragstellung und Bewilligung von sich anschließenden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gewährleistet sind. Ausgeschlossen werden sollte, dass z.B. von Jobcentern erst ein Beratungstermin für die Leistungsberechtigten im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung angeboten wird.

§ 11 Förderung von Modellvorhaben zur Prävention

Das Ansinnen, dass Jobcenter, die Bundesagentur für Arbeit und die gesetzliche Rentenversicherung stärkere Aktivierungsmaßnahmen entfalten, um den Eintritt einer Behinderung oder einer chronischen Krankheit zu vermeiden und damit mittelbar auch zu einer Entlastung der Eingliederungshilfe beizutragen, wird begrüßt. Insbesondere die stark wachsende Zahl erworbener seelischer Behinderungen und psychischer Erkrankungen sollte bei entsprechenden Modellvorhaben zur Prävention Berücksichtigung finden. Maßnahmen zur frühzeitigen Intervention und zur nahtlosen Vermittlung in entsprechende Rehabilitationsleistungen sollten gefördert werden. In diesem Zusammenhang bietet es sich auch an, entsprechende Screeningverfahren zu entwickeln, welche eine frühzeitige Bedarfsfeststellung und Antragstellung auf entsprechende Leistungen zur Teilhabe unterstützen (s. § 12).

§ 12 Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung

Es wird begrüßt, dass die Rehabilitationsträger die frühzeitige Antragstellung, insbesondere durch die Bereitstellung von geeigneten barrierefreien Informationsangeboten für die Leistungsberechtigten über Inhalte und Ziele von Leistungen zur Teilhabe, über Verfahren zu deren Inanspruchnahme und über die Angebote der Beratung, einschließlich der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung, unterstützen sollen. Zudem sollten sie entsprechende Instrumente zur frühzeitigen Bedarfsermittlung zur Verfügung stellen, welche in unterschiedlichen Settings (z.B. beim niedergelassenen Arzt, im Krankenhaus, im Jobcenter) eingesetzt werden sollten.

§ 13 Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

Die Bedarfserkennung ist Voraussetzung für die Einleitung eines Rehabilitationsverfahrens. Von daher ist es wichtig, dass die Rehabilitationsträger miteinander vereinbaren, welche standardisierten Arbeitsmittel (Instrumente) sie zur Bedarfserkennung einsetzen und welche zusätzlichen Instrumente sie ggf. auf Basis der für sie geltenden Leistungsgesetze verwenden. So ist beispielsweise eine Abstimmung der Bedarfsermittlungsverfahren nach § 13 und § 115 des Entwurfs erforderlich. Es muss zusätzlich dafür Sorge getragen werden, dass die jeweiligen Instrumente in den unterschiedlichen Handlungsfeldern auch verbindlich eingesetzt werden. Dies betrifft beispielsweise die Früherkennung von substanzbezogenen Störungen durch den niedergelassenen Arzt oder durch das Krankenhauspersonal. Hierzu empfiehlt die AWMF Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen den Einsatz entsprechender Screeningverfahren.

Neben der Früherkennung ist darüber hinaus die Beratung und Motivierung z.B. zur Inanspruchnahme entsprechender suchtspezifischer Beratungs- und Rehabilitationsleistungen sicherzustellen. Von daher sollte der § 13 entsprechend ergänzt werden, um:

„(5) Wird mittels der eingesetzten und zwischen den Rehabilitationsträgern abgestimmten Instrumente ein Rehabilitationsbedarf festgestellt, so ist im Rahmen der geltenden Leistungsgesetze von den Rehabilitationsträgern sicherzustellen, dass anschließend auch eine entsprechende Beratung über Rehabilitationsleistungen erfolgt, zu deren Inanspruchnahme motiviert und bei Bedarf eine entsprechende Antragstellung (z.B. im Rahmen des Entlassmanagements von Krankenhäusern) durchgeführt wird. Hierfür werden geeignete Antragsformulare und Erhebungsbögen von den zuständigen Leistungsträgern zur Verfügung gestellt. Diese Hinwirkungspflicht ist auch eine originäre Aufgabe der Jobcenter."

§ 14 Leistungen der Rehabilitationsträger

Die Zielsetzung, eine rasche Klärung der Zuständigkeiten herbeizuführen, wird unterstützt. Die Rehabilitationsträger sollten sich einzelfallbezogen dazu kurzfristig miteinander ins Benehmen setzen. Unklar ist, in welcher Frist der zweitangegangene Rehabilitationsträger, der sich für keine der beantragten Leistungen als zuständig ansieht, nach § 14 (3) den Antrag an den nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger weiterleiten kann. Eine Fristsetzung halten wir hierzu für erforderlich.

§ 15 Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern

Der Grundgedanke, dass der erst- oder zweitangegangene Rehabilitationsträger nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen zuständig ist und alle Leistungen zur Teilhabe „wie aus einer Hand" zu erbringen sind, ist grundsätzlich richtig. Allerdings sollte bezogen auf den Einzelfall die Leistungsverantwortung bei demjenigen Rehabilitationsträger liegen, der die umfassendste Rehabilitationsleistung erbringt. Diese kann während des Rehabilitationsprozesses auch an einen anderen Rehabilitationsträger übergehen. Dafür ist eine entsprechende Übergabe der Fallverantwortung zwischen den Rehabilitationsträgern zu regeln. Beispielsweise kann es sinnvoll sein, dass die Koordinierungs- und Leistungsverantwortung während der medizinischen Rehabilitationsleistung bei der Rentenversicherung liegt, im Anschluss daran diese an die Bundesagentur für Arbeit/des Jobcenters übergeht, sofern sich längerfristige berufliche Leistungen zur Förderung der beruflichen Teilhabe anschließen. Zudem sollten bei komplexen Hilfebedarfen die Fristsetzungen so gestaltet werden (s. § 15 (2)), dass diese auch in der Realität eingehalten werden können. Es sollte vermieden werden, dass es durch zu enge Fristsetzungen zu Verwerfungen unter den Rehabilitationsträgern kommt.

Des Weiteren lässt sich ein Teilhabeplan häufig erst im Laufe des Rehabilitationsprozesses detailliert entwickeln und der weitere Teilhabebedarf feststellen. So kann beispielsweise im Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung ein berufliches Assessment durchgeführt werden und auf dieser Basis dann erst weitere berufliche Teilhabeleistungen geplant, beantragt und bewilligt werden. Die Feststellung weiterer zuständiger Rehabilitationsträger muss somit auch im Rehabilitationsprozess auf Veranlassung der Rehabilitationseinrichtung möglich sein. Würde eine umfassende Feststellung des sektorenübergreifenden Rehabilitationsbedarfs grundsätzlich bereits vor der Antragstellung gefordert, geht dies durch entsprechende Klärungsprozesse (ggf. Einschaltung von verschiedenen Gutachtern) zu Lasten der Frühzeitigkeit und Nahtlosigkeit der Inanspruchnahme einer erforderlichen Rehabilitationsleistung (s. § 15 (4) des Entwurfs).

§ 17 (2) Begutachtung

Das Anliegen, Mehrfachbegutachtungen zu vermeiden, ist richtig. Zudem muss dafür Sorge getragen werden, dass eine entsprechende Anzahl von Sachverständigen zur Verfügung steht, welche die entsprechende Qualifikation und Weiterbildung nachweisen können. Ansonsten würde es in der Praxis zu erheblichen Verzögerungen und Problemen hinsichtlich der Bewilligung von Leistungen kommen. Zudem müssen die Sachverständigen flächendeckend – und damit auch in bevölkerungsarmen Regionen - zur Verfügung stehen und deren Erreichbarkeit für die Leistungsberechtigten gewährleistet sein.

Auch hinsichtlich der Anforderungen des § 17 (4) ist besonders darauf zu achten, dass eine genügende Anzahl an Sachverständigen bundesweit zur Verfügung steht.

§ 18 Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

Eine klare Regelung hinsichtlich der Fristen, ab denen der Leistungsberechtigte sich Leistungen selbst beschaffen kann, halten wir für wichtig (s. § 18 (1)). Als Zusatz würden wir Folgendes unter § 17 (2) empfehlen:

„Beschafft sich der Leistungsberechtigte nach Ablauf entsprechender Fristsetzungen nach § 17 (1) entsprechenden Leistungen selbst, so besteht ihm gegenüber vom jeweils zuständigen Leistungsträger eine Erstattungspflicht. Diese umfasst den Ausgleich des gesamten Erstattungsbetrags."

Zudem sollten bei komplexen Fallgestaltungen entsprechende Regelungen hinsichtlich der Erstattungsansprüche bei selbstbeschafften Leistungen zwischen den Leistungsträgern im § 18 getroffen werden.

§ 19 Teilhabeplan

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass nach § 19 (1) ein Teilhabeplan erstellt wird, sofern Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind. Zudem ist auch die Zielsetzung, dass entsprechende Leistungen nahtlos ineinandergreifen, zu unterstützen.

Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass sich häufig erst im Verlauf des Rehabilitationsprozesses entsprechende Bedarfe für weitere erforderliche Leistungen zur Teilhabe abzeichnen und differenziert bestimmen lassen. Beispielsweise ist es ggf. erst auf Basis eines beruflichen Assessments im Rahmen der medizinischen Rehabilitation möglich, die weiteren erforderlichen Module zur beruflichen Integration bedarfsgerecht zu bestimmen. Für erforderlich halten wir allerdings den nahtlosen Anschluss weiterer erforderlicher Leistungen und die Fortschreibung des Teilhabeplans während des Rehabilitationsprozesses (s. § 19 (3)).

§ 20 Teilhabeplankonferenz

Eine Teilhabeplankonferenz sollte nur in den Fällen durchgeführt werden, wenn ein komplexer Teilhabebedarf besteht. Im Regelfall wird die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ohne ein entsprechend aufwendiges Verfahren möglich sein. Dem Erfordernis, möglichst frühzeitig und nahtlos entsprechende Rehabilitationsleistungen zur Verfügung zu stellen, sollte gerade im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen, wie auch bei psychosomatischen Erkrankungen, Rechnung getragen werden. Im Indikationsbereich der Abhängigkeitserkrankungen sollte – wie bereits erwähnt - auch während der medizinischen Rehabilitationsleistung eine Abstimmung mit den zuständigen Leistungsträgern durchgeführt werden können, um weitere Teilhabebedarfe zur beruflichen (Re-)Integration zu planen und festzulegen.

§ 22 Einbeziehung anderer öffentlicher Stellen

Hier schlagen wir einen weiteren Zusatz vor:

„(5) Sind im Anschluss an die medizinische Rehabilitationsleistung weitere Leistungen zur beruflichen (Re-)Integration erforderlich, so sind Jobcenter bei der Durchführung des Teilhabeplanverfahrens in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten zu beteiligen. Die Abstimmung über die Fortschreibung des Teilhabeplans bereits während der medizinischen Rehabilitationsleistung gehört zum Auftrag der Jobcenter bzw. der Agenturen für Arbeit."

Zudem sind datenschutzrechtliche Aspekte beim Einbezug weiterer öffentlicher Stellen zu beachten (s. § 23).

§ 25 Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

Die Regelungen entsprechen der bisherigen Rechtslage. Von besonderer Bedeutung ist, dass erforderliche Leistungen zur Teilhabe nahtlos und zügig erbracht werden, eine entsprechende Beratung sichergestellt ist und die Begutachtung nach einheitlichen Grundsätzen und mit aufeinander abgestimmten Instrumenten erfolgt.

§ 26 Gemeinsame Empfehlungen

Die Zusammenarbeit der Leistungsträger sollte verbindlich geregelt werden. Von daher sollten die Inhalte der Gemeinsamen Empfehlungen auch eine Rechtsverbindlichkeit beinhalten.

Die Rechtsposition der Verbände der Leistungserbringer, der Betroffenen und Selbsthilfegruppen sollte zudem entsprechend gestärkt werden.

Von daher schlagen wir unter § 26 (6) Satz 3 vor:

„Ihren Anliegen wird bei der Ausgestaltung der Empfehlungen Rechnung getragen."

§ 29 Persönliches Budget

Seit dem 1. Januar 2008 besteht ein Rechtsanspruch auf die Leistungsform des persönlichen Budgets. Einschränkend soll hierbei darauf hingewiesen werden, dass es im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen nicht sinnvoll ist, Leistungen zur Teilhabe als Geldleistung zu erbringen.

Die Auswahl der erforderlichen Leistungsformen und -inhalte sollte sich an entsprechenden Experten-Leitlinien und Behandlungsstandards sowie Indikationskriterien ausrichten. Eine entsprechende Beratung des Rehabilitanden halten wir von daher für erforderlich.

§ 31 Leistungsort

Im Bereich der Suchtbehandlung ist aufgrund der konzeptionellen Rahmenbedingungen und spezifischer Qualitätsaspekte der Behandlung (z.B. Einbezug von Angehörigen, des Arbeitgebers, Wochenendheimfahrten im Rahmen der Rückfallprophylaxe etc.) auch weiterhin davon auszugehen, dass eine Behandlungseinrichtung vorrangig im Inland liegen sollte.

§ 32 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung

Es soll, so der Entwurf des BMAS, eine neue ergänzende und unabhängige Teilhabeberatung in Deutschland aufgebaut werden, welche ein partizipatives, bundeseinheitliches Reha- und Teilhabemanagement gewährleistet. Dieses niedrigschwellige und ganzheitlich ausgerichtete Angebot stellt ein Schlüsselelement einer personenzentrierten Ausrichtung des Teilhaberechts dar. Aus Sicht des FVS ist wichtig, dass die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratungsstruktur gewahrt ist. Dies bedeutet auch, dass die Beratung unabhängig von Interessen der Rehabilitationsträger oder der Leistungserbringer erbracht wird. Von daher wird es begrüßt, wenn ein unentgeltliches, allen Menschen mit (drohenden) Behinderungen ein indikationsübergreifendes Beratungsangebot – ergänzend zu den vorhandenen Beratungsstrukturen (z.B. ambulante Suchtberatung) – zur Verfügung gestellt wird. Dieses muss allerdings niedrigschwellig und flächendeckend vorgehalten werden, frei von ökonomischen Interessen und Kostenverantwortung, insbesondere der Leistungsträger und Leistungserbringer, sein. Von daher wird begrüßt, dass die finanzielle Unabhängigkeit dadurch sichergestellt werden soll, dass eine Bundesfinanzierung vorgesehen ist. Begrüßt wird zudem, bundeseinheitliche Qualitätsanforderungen an die Teilhabeberatung zu stellen und deren Leistungen entsprechend zu evaluieren und bei Bedarf nachzujustieren.

Für dringend erforderlich halten wir allerdings, die Ziele, Aufgabenstellung und Zuständigkeiten einer Teilhabeberatung im Einzelnen festzulegen und diese auch mit den Rehabilitationsträgern abzustimmen. Sofern mit weiteren qualifizierten Beratungsdiensten zusammengearbeitet wird, sind auch deren

mögliche finanzielle und organisatorische Abhängigkeiten und Interessenskonflikte offenzulegen. Eine entsprechende Regelung sollte in § 32 verankert werden.

§ 34 Sicherung der Beratung von Menschen mit Behinderungen

Es ist sicherzustellen, dass die Früherkennung eines Rehabilitationsbedarfs zur Aufgabe der Ärzte und Krankenhäuser gehört und eine entsprechende Beratung und Motivierung zur Inanspruchnahme qualifizierter Beratungsdienste und Rehabilitationseinrichtungen des Weiteren zu ihrem Auftrag gehört.

§ 37 Qualitätssicherung

Grundsätzlich sollte sich die Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung an der Qualität der Leistungserbringung orientieren. Daran sollte sich auch die Teilhabeberatung (§ 32) ausrichten. Neu ist im Entwurf, dass die Rehabilitationsträger nun die Möglichkeit haben sollen, höhere Qualitätsansprüche festzulegen und damit Einrichtungen als geeignet anzuerkennen, die diesen höheren Ansprüchen entsprechen (s. § 37 (4)). Dies unterstützt die Forderung, dass die Steuerung und Belegung von Einrichtungen nicht vorrangig nach Preis, sondern nach Qualität erfolgen soll.

Zudem ist aber für alle Rehabilitationseinrichtungen zu fordern, dass diese die grundlegenden Qualitätsanforderungen erfüllen. Erhöhte Anforderungen an die Qualität werden von daher auf bestimmten Behandlungsbedarfen von Patientengruppen und damit verbundenen speziellen Anforderungen an die Qualität basieren.

Darüber hinaus halten wir es für erforderlich, dass § 37 (3) Satz 2 wie folgt geändert wird:

„Die für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitationseinrichtungen … sind zu beteiligen."

§ 38 Verträge mit Leistungserbringern

Die Aufnahme des Absatzes 2 und damit die Anerkennung von Tariflöhnen durch die Rehabilitationsträger bei Vergütungsverhandlungen halten wir für bedeutsam. Zudem ist auch erforderlich, dass entsprechend erforderliche Investitionen über die Vergütungen refinanziert werden.

Hinsichtlich des Absatzes 3 haben wir folgenden Änderungsvorschlag zu Satz 2:

„Sie (Anm.: die Rehabilitationsträger) vereinbaren über den Inhalt der Verträge Rahmenverträge mit den Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen."

Wir halten an dieser Stelle eine eindeutige Regelung für notwendig.

§ 39 Aufgaben

Eine Festschreibung der Aufgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. und deren Verankerung im SGB IX wird unterstützt.

§ 41 Teilhabeverfahrensbericht

Zu (1) haben wir folgende Anregung:

Die Erhebung der Anzahl der Anträge, Bewilligung und durchgeführten Leistungen sollte indikationsspezifisch sowie settingspezifisch (ambulant, teilstationär, stationär, Kombinationsleistung) im Bereich der medizinischen Rehabilitation durchgeführt werden.

§ 43 Krankenbehandlung und Rehabilitation

Bereits während der akutmedizinischen Behandlung sind die Ziele der medizinischen Rehabilitation zu beachten. Eine verbesserte Verzahnung von Akutbehandlung und Rehabilitation ist von daher durch ein patientenorientiertes Reha-Fallmanagement zu gewährleisten. Dem Krankenhaus wie auch dem niedergelassenen Arzt kommt im Rahmen der Frühintervention und Vermittlung im gegliederten System

eine besondere Rolle zu. Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen bedeutet dies, dass in der Akutphase die Früherkennung, Frühintervention und Vermittlung (z.B. im Rahmen des Entlassmanagements des Krankenhauses) strukturell zu verankern sind. Die Motivation zur Inanspruchnahme einer fachgerechten Entwöhnungsbehandlung sollte bei entsprechender Problemlage gefördert und diese nahtlos eingeleitet werden. Diese Aufgabenstellung sollte in § 43 entsprechend verankert werden können.

§ 51 (1) Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation

Entsprechende Leistungen der Berufsförderungswerke und Berufsbildungswerke sowie von vergleichbaren Einrichtungen sollten auch Menschen zur Verfügung gestellt werden, die von Behinderung bedroht sind. Hierzu gehören beispielsweise suchtkranke Menschen. Von daher schlagen wir vor, Satz 1 wie folgt zu ändern „werden … bei Eignung der Menschen mit Behinderungen bzw. von Behinderung bedrohten Menschen darauf hinzuwirken…".

§ 60 Andere Leistungsanbieter

Es wird begrüßt, dass in Absatz 1 auch Alternativen zur Werkstatt für behinderte Menschen eröffnet werden sollen. So eigenen sich beispielsweise Integrationsbetriebe auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen und mehrfach beeinträchtigte suchtkranke Menschen.

§ 75 Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Für erforderlich halten wir, dass während der medizinischen Rehabilitationsleistungen auch bei Bedarf entsprechende Leistungen zur Teilhabe an Bildung als impliziter Bestandteil der Rehabilitationsleistung erbracht werden können. Dies betrifft beispielsweise junge suchtkranke Menschen, die keinen Schulabschluss aufweisen und im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung durch gezielte pädagogische Förderung und Unterrichtung dazu in die Lage versetzt werden, diesen nachzuholen.

§ 86 Beirat für die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

Vorgeschlagen wird, anstatt eines Beirats einen Bundesausschuss für Rehabilitation einzurichten. Dieser sollte insbesondere dafür zuständig sein, trägerübergreifend für alle Reha-Träger verbindliche Regelungen z. B. zur Bedarfsfeststellung, zum Antragsverfahren, zur Ausgestaltungen der Leistungen, zum Schnittstellenmanagement und den Maßnahmen der Qualitätssicherung zu treffen. Dringend erforderlich ist es, dabei auch Mitentscheidungsrechte der Betroffenen und der Leistungserbringer der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation fest zu verankern.

B Stellungnahme zum Teil 2 des BTHG „Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen (Eingliederungshilfe)"

III Präambel: Grundsätzliche Aspekte

Ein zentrales Reformvorhaben des BTHG zielt auf den Bereich der Eingliederungshilfe (Teil 2). Hierzu muss kritisch hinterfragt werden, ob die für die Reform erforderlichen finanziellen Ressourcen tatsächlich auch bereitgestellt werden können. Im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention und der dort verbrieften Rechte auf volle und wirksame Teilhabe und Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen konkrete verfahrensbezogene und materielle Leistungsverbesserungen erwartet werden, mit denen auch zusätzliche Ausgaben verbunden sind.

An dieser Stelle soll hervorgehoben werden, dass es nicht zu einer Absenkung des erforderlichen Leistungsumfangs und der Leistungsqualität sowie der Vielfalt der regionalen Angebote kommen darf, indem z.B. keine Arten von Leistungen mehr festgeschrieben werden.

Handlungs- bzw. Nachbesserungsbedarf sehen wir insbesondere an folgenden Stellen:

Suchtkranke Menschen gehören gem. einer Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) grundsätzlich zu den Personen mit einer seelischen Behinderung. Hierunter fällt insbesondere die Gruppe der chronisch mehrfach beeinträchtigten Suchtkranken. Diese spezielle Gruppe sollte generell unter die Definition „Seelisch Behinderte“ mit all den verbundenen Leistungsansprüchen fallen.

Daher lautet unsere Forderung, dass der Zugang für diese Gruppe Suchtkranker zum Bundesteilhabegesetz (Teil 2) und den erforderlichen Leistungen vollumfänglich zur Verfügung stehen muss und dass die Leistungen im Bundesteilhabegesetz auch auf die Bedarfe suchtkranker Menschen abgestimmt sein müssen. An dieser Stelle muss zudem darauf hingewiesen werden, dass es wünschenswert wäre, im weiteren Entscheidungsprozess auch Vertreter der Suchtkrankenhilfe - stärker als bislang geschehen - einzubinden.

Dies wird insbesondere deshalb betont, da ein Teil des Störungsbildes dieser Menschen die häufig fehlende Krankheitseinsicht und eine alkoholbedingte Wesensänderung verbunden mit einer oft von der Abhängigkeitserkrankung gesteuerten Selbsteinschätzung ist. Diese Besonderheiten erschweren die Möglichkeit, den erforderlichen Hilfebedarf ohne umfassende Kenntnis des Krankheitsbildes und des bisherigen Krankheitsverlaufes zu erkennen und entsprechende Leistungen auszuwählen.

Darüber hinaus stellen sich bei der Versorgungsstruktur dieser Zielgruppen besondere Anforderungen. Beispielsweise wäre es für diese Zielgruppe nicht sinnvoll, Geldleistungen im Rahmen eines persönlichen Budgets zur Verfügung zu stellen. Auch sind die Möglichkeiten, selbstbestimmt aus einer Vielfalt unterschiedlicher Angebote die erforderlichen Leistungen auszuwählen und über deren Inanspruchnahme bzw. Nutzung mit dem Leistungsträger wie auch den verschiedenen Leistungsanbietern zu verhandeln, für diese spezielle Zielgruppe der chronisch Suchtkranken sicherlich begrenzt. Entsprechende Aspekte müssen auch in einer Gesamtdiskussion Berücksichtigung finden, denn das Spektrum der betroffenen Menschen im Bereich der Eingliederungshilfe ist breit angelegt.

Auflösung der Kategorien: „ambulant“ und „stationär“:

Ein Problem sehen wir auch in der geplanten Auflösung der leistungsrechtlichen Kategorien ambulant und stationär: Der Sicherstellungsauftrag der Träger der Eingliederungshilfe (§ 94) bezieht sich im Entwurf lediglich auf eine allgemeine Leistungsverpflichtung zur Erbringung personenzentrierter Leistungen. Im Bereich der entsprechenden Angebote für chronisch mehrfach beeinträchtigte Suchtkranke hat sich mittlerweile in den letzten Jahren und Jahrzehnten eine Vielfalt differenzierter Hilfen entwickelt, die stationäre Einrichtungen, betreutes Gruppenwohnen, betreutes Einzelwohnen wie auch die Erbringung spezifischer Fachleistungsstunden für selbständig wohnende Personen umfasst. Diese Vielfalt ermöglicht, orientiert an der ICF, auch erforderliche flexible Übergänge zwischen den Angeboten. In verschiedenen Bundesländern werden regelmäßig regionale Hilfeplankonferenzen für Menschen mit geistiger, körperliche oder seelischer Behinderung (incl. Suchterkrankungen) durchgeführt, bei denen der Individuelle Hilfeplan und die erforderlichen Unterstützungsleistungen (incl. Qualität und Quantität der Leistungen) unter Einbezug des Betroffenen und ggfs. der Beteiligung der Leistungserbringer festgelegt und fortgeschrieben werden. Damit wird bereits sichergestellt, dass die jeweiligen Leistungen bedarfsgerecht zur Verfügung gestellt werden.

Bei einer Auflösung der bisherigen Strukturen muss allen Beteiligten bewusst sein, dass die bisherige stationäre Wohnform als eine Form des Hilfeangebotes vor dem Hintergrund der o.g. Besonderheiten des Störungsbildes auch zukünftig in vergleichbarer Art (z.B. hohe Anzahl an Betreuungseinheiten, 24-Stunden Betreuung) erforderlich sein wird.

Zudem befinden wir uns aktuell in einer Übergangsphase, in der in verschiedenen Bundesländern z.B. erhebliche Anforderungen baulicher Art an die Träger stationärer Einrichtungen der Eingliederungshilfe gestellt werden, die erhebliche Investitionen erfordern würden (z.B. Einzelzimmer, sanitäre Ausstattung, Mindestgröße der Zimmer, Lage der Einrichtungen).

In dieser Situation beinhaltet die Forderung, jede stationäre Leistung zukünftig auf deren Erfordernis hin zu überprüfen und ggf. neu einzuschätzen, eine erhebliche Verunsicherung und ggf. existentielle Gefährdung bestehender Strukturen.

Die Leistungserbringung richtet sich derzeit in starkem Maße danach, wo der behinderte Mensch lebt. Lebt er in einer stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe, wird sein Bedarf an sogenannten Fachleistungsstunden, also dem Bedarf, der sich auf Grund seiner Teilhabestörung bzw. Behinderung ergibt, mit einem rechtlich gesehen völlig anderen Bedarf, nämlich dem der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem vierten Kapitel des SGB XII, den sogenannten existenzsichernden Leistungen, gekoppelt.

Wenn für die fachlich-inhaltliche Betreuung von Klienten nur noch Fachleistungsstunden als Bemessungsgrundlage bleiben, werden zukünftig manche Hilfebedarfe und darauf basierende Leistungsinhalte kaum noch abbildbar sein. Vor allem die große Breite und Schwankungen im Hilfebedarf chronisch suchtkranker Menschen werden die Leistungserbringer vor ein großes unternehmerisches Risiko stellen. Denn wie sollen zukünftig die nicht auf die Person zugeschnittenen allgemeinen Leistungen, wie z.B. Umlage-, Vorhalte-, Overhead- oder Investitionskosten etwa der stationären Einrichtungen ausgeglichen werden?

Gleichzeitig wird deutlich formuliert, dass beim Wunsch- und Wahlrecht des Betroffenen das Primat der Wirtschaftlichkeit (s. § 101 (2)) gilt. Dies führt zwangsläufig dazu, dass gerade in der aktuellen Situation der Umsetzung gesetzlicher Forderungen wie z.B. das GEPA[1] in NRW oder das LWTG[2] in Rheinland-Pfalz die Frage gestellt werden muss, ob diese aktuellen baulichen Forderungen dann zukünftig noch gelten können bzw. ob diese überhaupt noch umsetzbar sind. Denn hierfür sind erhebliche Investitionen erforderlich. Darüber hinaus ist es gerade auch für private Leistungserbringer von enormer Bedeutung, dass bei der Betrachtung der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und der Leistungsfähigkeit auch die bisherige Ungleichbehandlung hinsichtlich der Förderungsmöglichkeiten im Bereich von Personal- und Sachmitteln, die ausschließlich Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege zustehen (z.B. durch die „Aktion Mensch“), berücksichtigt werden.

Soziale Teilhabe: Bedarfsermittlungsinstrumente werden von den Bundesländern entwickelt:

Für die Sozialhilfe soll ein spezielles Bedarfsermittlungsinstrument gestaltet werden. Damit verbunden ist, dass die Länder dazu ermächtigt sind, das Nähere über die Bedarfsermittlung festzulegen. Es sollte vermieden werden, dass es 16 unterschiedliche Bedarfsermittlunginstrumente geben wird – zumal schon jetzt die Praxis zeigt, dass die Anwendung der ICF bei den verschiedenen Genehmigungsbehörden sehr unterschiedlich ausgeprägt ist.

Versorgung auch im Alter und besondere Bedarfe:

Auch suchtkranke Menschen mit chronischen Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen erreichen heute ein hohes Alter. Dies verändert natürlich auch die notwendigen Anforderungen an Unterstützungsleistungen.

Zudem muss aber auch neben dem klassischen Sozialraumgedanken und dem Wunsch nach Selbstbestimmung und Teilhabe darauf hingewiesen werden, dass eine Unterbringung von suchtkranken Menschen sich auch daran bemessen muss, wie eine dauerhafte Abstinenz erhalten und Rückfälle vermieden werden können.

IV Stellungnahme zu einzelnen Paragrafen des Arbeitsentwurfs – Teil 2

[1] Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientieren Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen (GEPA NRW 2014) sowie Bestimmungen zur Förderung von Wohnraum für Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot (BWB) des Ministeriums für Bauen, Wohnen, Stadtentwicklung und Verkehr des Landes NRW (29.3.2015)

[2] Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG, Rheinland-Pfalz 2016)

§ 90 „Aufgaben der Eingliederungshilfe“ Abs. 3 und § 108 „ Leistungen zur Beschäftigung“ Abs. 1

Wir weisen auch an dieser Stelle darauf hin, dass auch Menschen mit chronischer Abhängigkeitserkrankung und mehrfachen Schädigungen die Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen ihrer jeweiligen Möglichkeiten ermöglicht werden sollte. Die Angebote für Arbeit und Beschäftigung sollten daher in der Art und der Ausstattung ihren spezifischen Bedarfen angepasst werden.

§ 102 „Leistungsformen“

Leistungsformen der Eingliederungshilfe können als Sach-, Geld- oder Dienstleistung gem. § 102 BTHG erbracht werden. Beim Personenkreis der chronisch mehrfach beeinträchtigten suchtkranken Menschen sollte auch nach den Erfahrungen mit dem „persönlichen Budget“ von der Leistungsform „Geldleistung“ nach Möglichkeit abgewichen werden und zur Leistungsform „Sach- bzw. Dienstleistung“ tendiert werden.

§ 106 „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“

Besondere Regelungen im Teil 2 wären dann nicht erforderlich, wenn im Teil 1 nicht nur die Kapitel 2 bis 4 als übergreifendes Recht genannt werden.

§ 108 „Leistungen zur Beschäftigung“

An dieser Stelle werden ausschließlich Leistungen nach §§ 58 und 60-62, d.h. „Leistungen im Arbeitsbereich“, „Andere Anbieter zur Werkstatt“ und „Budget für Arbeit“ genannt. Bislang sind nach § 54 Absatz 1 Satz 1 SGB XII alle im §§ 33 ff. SGB IX genannten Teilhabeleistungen vom Sozialhilfeträger zu erbringen, wenn kein anderer Träger zuständig ist. Entsprechende Einschränkungen sollten an dieser Stelle vermieden werden.

FACHVERBAND SUCHT e.V.
Walramstraße 3
53175 Bonn
Tel.: 02 28/26 15 55
Fax: 02 28/21 58 85
sucht@sucht.de
www.sucht.de