



Schwerpunkt

Zugang zu Reha und Teilhabe

BAR | REHA-INFO

6/2024

Inhalt

- 3 **Tipps & Tools**
- 4 **Schwerpunkt**
Zugang zu Reha und Teilhabe
Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation bekannter machen
- 6 Symposium Teilhabeverfahrensbericht: Was uns die Zahlen sagen
- 8 Interview: Reha ermöglichen, wann immer sie sinnvoll ist
- 9 Im Austausch Kraft tanken
- 10 Bessere Inklusion von geflüchteten Menschen mit Behinderung
- 11 Gemeinsamer Grundantrag vereinfacht die Antragstellung
- 12 **Recht**
Kein Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI in einer „besonderen Wohnform“

Impressum

Reha-Info der BAR, Heft 6, Dezember 2024

Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR), Solmsstr. 18, 60486 Frankfurt am Main

Verantwortlich für den Inhalt: Gülcan Miyanyedi

Redaktion: Günter Thielgen (verantwortlich), Dr. Regina Ernst, Franziska Fink, Bernd Giraud, Petra Horn-Bärnreuther, Dr. Teresia Widera

Rechtsbeitrag: Maike Lux, Marcus Schian

Telefon: 069/605018-0

E-Mail: presse@bar-frankfurt.de

Internet: www.bar-frankfurt.de

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) ist der Zusammenschluss der Reha-Träger. Seit 1969 fördert sie im gegliederten Sozialleistungssystem die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen. Die BAR koordiniert und unterstützt das Zusammenwirken der Reha-Träger, vermittelt Wissen und arbeitet mit an der Weiterentwicklung von Rehabilitation und Teilhabe. Ihre Mitglieder sind die Träger der Gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Bundesländer, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Sozialpartner.

Nachdruck und Vervielfältigungen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der BAR gestattet.

Druck: reha gmbh, Saarbrücken

Druckauflage: 2.700 Exemplare

Schlussredaktion und Grafik: Perfect Page, Karlsruhe
Jill Köppe-Ritzenthaler, Clarissa Rosemann, Zoe Hawkins

Titelbild: nicole, adobe stock

Composing: Zoe Hawkins

Gedruckt auf Umweltpapier Circleoffset Premium White, FSC®-zertifiziert, Blauer Umweltengel und EU Ecolabel



Gülcan Miyanyedi
Geschäftsführerin der BAR

Liebe Leserin und lieber Leser,

Alle Wege führen nach Rom? Zumindest führen viele Wege zum Ziel, wenn sie auch oft uneben und mit Stolpersteinen gepflastert sind. Was ist das Ziel? Es geht um die Realisierung von festgeschriebenen Rechten, um die in der UN-BRK geforderten Maßnahmen, den Zugang zur physischen Umwelt, zur virtuellen Welt, sowie zu Einrichtungen und Diensten zu gewährleisten.

Klingt trocken, doch wie sieht der Alltag nach 15 Jahren UN-BRK aus? Die Probleme sind immer die Gleichen: bauliche, digitale, bürokratische, institutionelle und Informationsbarrieren. Das ist für Menschen mit Behinderung keine Theorie, sondern Alltag. Die Ziele sind zwar klar formuliert: inklusive Bildung, Barrierefreiheit und allgemeine Zugänglichkeit, ein inklusives Arbeitssystem, hochwertige Rehabilitation sowie Gesundheits- und Pflegestandards. Aber bei der Umsetzung gibt es noch deutlich Luft nach oben.

Fakt ist aber auch: Unsere Gesellschaft entwickelt sich stetig. Die Anzahl der chronischen Erkrankungen steigt, Krankheitsbilder verändern sich. Das wirft neue Fragen auf, erfordert Umsteuerung und Anpassung, auch in der Rehabilitation und Teilhabe. Das geht nicht von heute auf morgen. Und es geht nicht, ohne dass alle Beteiligten ihre Arbeitsergebnisse kritisch beobachten und bewerten.

Mit dem Teilhabeverfahrensbericht (THVB) können die Verfahrensabläufe im Reha-Prozess beschrieben werden. Es zeigt sich, an welchen Stellen gesetzliche Regelungen nicht umgesetzt werden. Die Arbeit mit dem Bericht und den Kennzahlen waren Thema beim ersten Symposium zum THVB (siehe Beitrag, S. 6). Deutlich wurde, dass der THVB als gemeinsame Gesprächsgrundlage dazu dienen kann, Verbesserungsbedarfe aufzudecken. Hier setzt auch die Entwicklung eines trägerübergreifend abgestimmten Gemeinsamen Grundantrags an, über dessen Umsetzungsstand ebenfalls in dieser Ausgabe berichtet wird. Zugänge zu Reha und Teilhabe sind breit gestreut und können unterschiedliche Personengruppen betreffen. So werden in dieser Ausgabe unter anderem auch Zugangsmöglichkeiten aus der Pflegebegutachtung oder über digitale Angebote erörtert, aber auch die Teilhabe von geflüchteten Menschen mit Behinderung ist bei weitem kein Randthema mehr. Wie dem auch sei und wo auch immer, Inklusion setzt Zugänglichkeit voraus und Zugangswege ohne Stolpersteine.

Herzliche Grüße und alles Gute für Sie
Ihre Gülcan Miyanyedi



Update



Bild: A. Hartung, adobe stock

● „Ansprechstellen Intern“ mit neuen Funktionen!

Der Bereich „Ansprechstellen Intern“ auf www.ansprechstellen.de ermöglicht den Reha- und Sozialleistungsträgern, ihre im Verzeichnis eingetragene Ansprechstelle zu verwalten. Gleichzeitig ist in dem geschützten Bereich eine vereinfachte Kontaktaufnahme zu Mitarbeitenden anderer Ansprechstellen bzw. Träger und Organisationen möglich. Das unterstützt den Aufbau eines eigenen Netzwerks. Dafür stehen zusätzliche Funktionen wie eine Personen- oder Umkreissuche sowie eine interaktive Landkarte zur Verfügung. Außerdem finden sich hier Direktverlinkungen zu praktischen Online-Tools. Das nun erfolgte Update sorgt für viele technische und inhaltliche Verbesserungen. Dazu zählen ein leichter Zugang, eine einfachere Benutzerführung und neue Funktionen.

Was ist neu?

- Technische Verbesserungen
- Vereinfachter Registrierungsprozess
- Rollenteilung in Organisator:in und Teilnehmende entfällt
- Verknüpfungsmöglichkeit mit einer oder mehreren bestehenden Ansprechstellen
- Anlegen und bearbeiten von einer oder mehreren neuen Ansprechstellen
- erstellen einer persönlichen Kontaktliste für bessere Vernetzung
- Vorschlagen von Veranstaltungstipps die mit anderen geteilt werden sollen
- Direktzugriff auf Publikationen und News der BAR

Damit erhalten Mitarbeitende von Reha- und Sozialleistungsträgern ein verbessertes Praxistool an die Hand, um die Kontaktaufnahme und Vernetzung mit anderen Mitarbeitenden von Ansprechstellen noch leichter umzusetzen.



www.ansprechstellen.de



BAR-Seminare im ersten Halbjahr

● Jetzt online!

Sie möchten wissen, wie Bedarfe umfassend ermittelt werden und wie der Reha-Prozess teilhabeorientiert umgesetzt werden kann? Oder Sie benötigen einen fundierten Überblick über die Reha-Landschaft bzw. zum gegliederten Sozialleistungssystem in Deutschland?

Auch im kommenden Jahr haben wir wieder ein abwechslungsreiches Programm für Sie. Sichern Sie sich Ihren Platz! Unsere Fortbildungen bieten fundierte Fachinformationen, Sie kommen mit Fachkräften anderer Reha-Träger und Organisationen der Rehabilitation in den direkten Austausch, sammeln Kontakte und blicken dabei über den „Tellerrand“ Ihres eigenen Bereiches hinaus.



Basisseminare

- **Bedarfe ermitteln, Teilhabe planen**
25. und 26. Februar 2025 als Online-Seminar
- **Rehabilitation und Teilhabe – Grundlagen-Seminar I**
11. und 12. März als Online-Seminar
- **Rehabilitation und Teilhabe – Grundlagen-Seminar II**
14. und 15. Mai in Essen
- **E-Learning: Rehabilitation und Teilhabe im gegliederten Sozialleistungssystem**
orts- und zeitunabhängig, drei Schwerpunkt-Module



Fokuseminare

- **Der Reha-Prozess: Zuständigkeit klären, Bedarfe ermitteln, Teilhabe planen** 17. und 18. Juni in Mainz
- **E-Learning: Zuständig – und jetzt?**
Den Reha-Prozess verantwortlich steuern
orts- und zeitunabhängig, Kompakt-Kurs
- **E-Learning: Leistungserbringer im Reha-Prozess: Einbindung in zentraler Rolle**
orts- und zeitunabhängig, Kompakt-Kurs



Dialog-Veranstaltung

- **Regionale Netzwerkveranstaltung für Reha-Träger in Schleswig-Holstein** 7. Mai in Kiel



Weitere Informationen unter:

www.bar-frankfurt.de > Service >

Fort- und Weiterbildung > BAR-Seminare

Folgen Sie der BAR im Netz:

 **bar_reha**

Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation bekannter machen

Der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation aus der Pflegebegutachtung

In Deutschland werden aktuell mehr als fünf Millionen pflegebedürftige Menschen versorgt, Tendenz steigend¹. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, deren Ziel sich schwerpunktmäßig auf die Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit richtet, kommen somit eine große Bedeutung zu. Durch den im SGB XI gesetzlich verankerten Grundsatz „Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation“ soll es pflegebedürftigen Menschen ermöglicht werden, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben (§§ 3 und 5 SGB XI). Pflegebedürftigkeit ist in der Regel kein unveränderbarer Zustand, sondern eine Teilhabebeeinträchtigung die durch Maßnahmen der Pflege, der Krankenbehandlung, Einzelleistungen mit präventiver und rehabilitativer Zielsetzung oder durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beeinflussbar ist.

Die Wirksamkeit von rehabilitativen Maßnahmen auch bei pflegebedürftigen Menschen wird in einer Vielzahl von Studien belegt². Das Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD) beinhaltet ergänzend zur Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind, immer auch die Feststellung, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Vermeidung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind.

Für die Beurteilung der Selbstständigkeit und Fähigkeiten ist eine Gesamtbetrach-

tung durch Gutachterinnen und Gutachter erforderlich. Hierbei wird nicht nur der Grad der Abhängigkeit von personeller Hilfe und Unterstützung in den für die Pflege und Betreuung maßgeblichen Bereichen des Lebens festgestellt, sondern auch daraus abgeleitet, ob Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation, zur Hilfsmittelversorgung oder weitere Maßnahmen empfohlen werden können. Die Beurteilung rehabilitativer Bedarfe erfolgt dabei nach einem bundeseinheitlichen Verfahren, dem optimierten Begutachtungsstandard (OBS).³

In den letzten zehn Jahren wurden durch



Dipl. Med. Katrin Breuninger,
Seniorberaterin | Leiterin Team
Rehabilitation/Heilmittel/Prävention,
Medizinischer Dienst Bund



Kathrin Federmeier,
Geschäftsbereich Pflegeversicherung,
Stellv. Geschäftsbereichsleitung,
Medizinischer Dienst Niedersachsen

die MD-Gemeinschaft intensive Anstrengungen unternommen, die Prozesse, die der Rehabilitationsbedarfserkennung durch Pflegefachkräfte zugrunde liegen, transparent zu machen und zu optimieren, um damit zu einer stärkeren Professionalisierung beizutragen.

Die aus diesen wissenschaftlichen Projekten gewonnenen Erkenntnisse und deren Überführung in die Begutachtungspraxis haben zu einer zunehmenden Sicherheit bei der Erkennung von Rehabilitationsindikationen im Rahmen der Pflegebegutachtung durch pflegefachliche Gutachterinnen und Gutachter geführt und im Ergebnis zu einem deutlichen Anstieg der ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen.

Aus dem jährlich durch den GVK-Spitzenverband veröffentlichten Bericht über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste (MD) und der beauftragten Gutachterinnen und Gutachter zur medizinischen Rehabilitation ist zu entnehmen, dass die im Rahmen der Pflegebegutachtung ausgesprochenen Empfehlungen zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation auf



Mehr als fünf Millionen Menschen
in Deutschland sind pflegebedürftig,
Tendenz steigend.

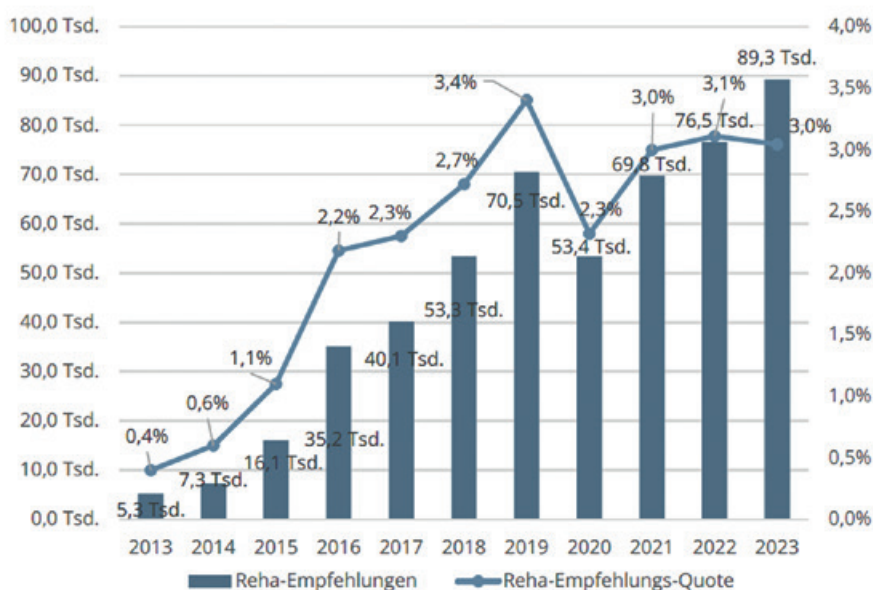
Schwerpunkt: Zugang zu Reha und Teilhabe

einem stabilen Niveau von drei Prozent aller durchgeführten Begutachtungen liegen, wobei die Anzahl der Rehabilitationsempfehlungen analog zum Begutachtungsaufkommen steigen (Abbildung 1).⁴ Einer positiven Rehabilitationsempfehlung des MD im Rahmen der Pflegebegutachtung folgt nicht in allen Fällen eine Einwilligung des Versicherten zu deren Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger und in die damit ausgelöste Antragstellung nach § 14 SGB IX. Als Gründe, warum eine Einwilligung nicht erteilt werden konnte, wurden gesundheitliche Aspekte soziale Aspekte sowie reha-bilitationsbezogene Aspekte genannt⁴.

Die MD-Gemeinschaft führt ein kontinuierliches Monitoring und Expertentreffen zu den Entwicklungen der Rehabilitationsempfehlungen durch. Aktuell werden auch die Anforderungen an die neu geschaffenen Begutachtungsformen Telefoninterview und Videotelefonie (§142a SGB XI) in den Fokus genommen. Einer Vielzahl von pflegebedürftigen Menschen, deren Pflegepersonen sowie der an der Versorgung beteiligten Personen und Institutionen sind die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation nicht ausreichend bekannt. Wünschenswert wäre, die Beratung zu stärken, um pflegebedürftigen Menschen die Mög-

lichkeiten einer Leistung der medizinischen Rehabilitation aufzuzeigen und individuell zu prüfen, ob Maßnahmen zur Überwindung, Minderung oder Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit möglich sind. Ziel sollte es sein, auch Pflegebedürftigen ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu ermöglichen.

Abbildung 1: Rehabilitationsempfehlungen in Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI⁴



© BAR 2024

- 1 Statistisches Bundesamt (DESTATIS). (21. 12 2022). www.destatis.de. Abgerufen am 23. 10 2024 von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html>
- 2 Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst Nord (KCG). (2015). G3- Gutachten: Explorative Analyse vorliegender Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen von rehabilitativen Maßnahmen bei Pflegebedürftigen im Hinblick auf eine mögliche Anwendbarkeit im Rahmen der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung. Abgerufen am 21. 10 2024 von [https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Rehabilitation/Gutachten_Reha_bei_Pflegebeduerftigkeit_KCGpdf\[21.10.2024\]](https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Rehabilitation/Gutachten_Reha_bei_Pflegebeduerftigkeit_KCGpdf[21.10.2024])
- 3 Medizinischer Dienst Bund. (2024). Richtlinien des Medizinischen Dienst Bund zur Feststellung

- der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen: Medizinischer Dienst Bund. Abgerufen am 21. 10 2024 von https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/BRi_Pflege_21_08_2024.pdf
- 4 GKV- Spitzenverband. (2024). Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18d Abs. 1 und 2 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter zur m. Abgerufen am 23. 10 2024 von https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/pflege_berichte/2023_3/2024-08-31_Bericht_Reha-Empfehlungen_18d_Abs_1_SGB_XI.pdf

2013/2014

Projekt „Reha XI“

„Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung der MDK; Evaluation und Umsetzung“ (Rothgang et al, 2014). Auf Grundlage des im Projekt Reha XI entwickelten „Gute-Praxis-Standard“ wurde der optimierte Begutachtungsstandard (OBS) abgeleitet und ab 2015 in allen MD implementiert. Seit 2016 ist der OBS auch im SGB XI gesetzlich verankert.

01/2019 – 09/2019

Forschungsprojekt:

„Nachverfolgung von Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung“ (Projektträger GKV-SV) Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Abschlussbericht abrufbar unter: <https://www.umh.de/fileadmin/Einrichtungsordner/Institute/Rehabilitationsmedizin/Projekte/Abschlussbericht.pdf>

01.03.2021 – 31.08.2022

„Der Zugangsweg Pflegebegutachtung zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation – Potentiale der Stärkung (REHA-Post)“ Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI (Medizinischer Dienst Bund, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg unter aktiver Beteiligung der MD Gemeinschaft) Endbericht abrufbar unter: www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_abgeschlossene_projekte/8/reha_post.jsp

Symposium Teilhabeverfahrensbericht Was uns die Zahlen sagen

Unter dem Motto „Dem Anwenden muss das Erkennen vorausgehen“ (Max Planck) kamen am 13. und 14. November etwa 100 Teilnehmende beim ersten Symposium Teilhabeverfahrensbericht (THVB) in den geschichtsträchtigen Räumen des Harnack-Hauses in Berlin-Dahlem zusammen. Acht Jahre nach Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) und kurz vor Veröffentlichung des sechsten THVB war es Zeit für eine Standortbestimmung. Dazu hatte die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) ein breites Fachpublikum eingeladen.

Die Vielfalt an Perspektiven auf den THVB wurde schnell sichtbar: Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Trägerbereiche tauschten sich mit Akteurinnen und Akteuren aus Politik und Wissenschaft sowie Expertinnen und Experten bei Fach- und Interessenverbänden, Leistungserbringern und Menschen mit Behinderungen aus. Im Plenum und in kleineren Arbeitsgruppen wurde über zwei Tage hinweg erörtert, welches Licht der THVB auf die Umsetzung des BTHG wirft, welche Erkenntnisse sich aus den Ergebnissen im THVB gewinnen lassen und welche praktischen Ansätze daraus folgen können. Eröffnet wurde das Symposium von Dr. Susanne Wagenmann, alternierende Vorsitzende des Vorstandes der BAR. Das

große Interesse am Symposium zeige, wie wichtig die Themen der Teilhabe und der Transparenz im Reha-Prozess seien. Der THVB gebe Einblicke darin, wie Rehabilitation und Teilhabe gelebt werden und wie leistungsfähig unser System diesbezüglich ist.

Den Auftakt in die Veranstaltung bildete ein Podiumsgespräch zwischen Dr. Rolf Schmachtenberg (Bundesministerium für Arbeit und Soziales), Jürgen Dusel (Behindertenbeauftragter der Bundesregierung), Brigitte Gross (Deutsche Rentenversicherung Bund), Markus Hofmann (alternierender Vorsitzender des Vorstandes der BAR) und Carsten Mertins (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und

Eingliederungshilfe, BAGÜS). In dieser Runde blickte man gemeinsam auf den Umsetzungsstand des BTHG und den THVB als Evaluationsinstrument.

Bei aller Vielfalt an Perspektiven unter den Gästen, gab es auch Gemeinsamkeiten. Einigkeit bestand darüber, dass die Einführung des BTHG mit dem einhergehenden Paradigmenwechsel viel Gutes bewirkt hat. Jedoch müsse die flächendeckende Umsetzung der Regelungen des BTHG weiter vorangetrieben werden. Einig war man sich auch, dass anhand der Ergebnisse des THVB konkret aufgezeigt werden könne, an welchen Stellen die Umsetzung des Gesetzes (noch) nicht erfolgt. Herr Dusel warf an dieser Stelle die Frage nach der staatlichen Aufsicht auf. Wiederholt wurde diesbezüglich die trägerübergreifende Zusammenarbeit genannt. Die im THVB berichtete Anzahl an entsprechenden Teilhabeplanningen ist sehr gering. Dabei handelt es sich um einen Kernaspekt im Reha-Prozess, den alle Beteiligten für unumgänglich erachten.

Ergebnisse im THVB erklären

Mit Blick nach vorn wurde festgestellt, dass die Zahlen im THVB stärker qualitativ eingeordnet werden müssen. Forschungsarbeiten wie die kürzlich vom BMAS veröffentlichte qualitative Expertise „Teilhabe gemeinsam planen“ können ein Ansatz sein, um die Ergebnisse im THVB zu erklären. Ziel der Studie war es, aufzuzeigen, weshalb die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Trägerbereichen ausbleibt. Stattdessen werde den Menschen mit Behinderungen laut Herrn Dusel ein „Irrgarten an Zuständigkeiten“ zugemutet, in dem nicht einmal die Profis der Verwaltung durchblickten.

Mit ihrem Vortrag skizzierte die Geschäftsführerin der BAR, Gülcan Miyanedi, die Entwicklung der Statistik seit Veröffentlichung des ersten THVB in 2019. Sie warf dabei u. a. die Frage nach



Bild: INES fotografie Berlin

Schwerpunkt: Zugang zu Reha und Teilhabe

angemessenen Zielgrößen für die Kennzahlen auf. Für welche Leistungen sind welche Bearbeitungsdauern angemessen? Wie viele Anträge auf persönliches Budget sollte es geben und wie viele davon sollten bewilligt werden? Die Daten im THVB seien wertvoll, weil sie helfen, die richtigen Fragen zu stellen und gezielt zu handeln.

Künftige Ausgestaltung des Reha-Prozesses

Den Kern des Symposiums bildeten fünf an beiden Tagen stattfindende Arbeitsgruppen. Diese ermöglichten es den Teilnehmenden, sich näher mit den Kennzahlen und dem THVB zu beschäftigen, ihre Erfahrungen und Ideen zu neuen Ansätzen auszutauschen. Die thematischen Schwerpunkte der Arbeitsgruppen waren:

- Landesspezifische Auswertungen
- Ideen für eine Weiterentwicklung der Kennzahlen
- Praxis trifft Recht
- Trägerübergreifende Teilhabeplanung
- Forschungsbedarfe analysieren

Janina Bessenich (Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V.) stellte am zweiten Tag in ihrem Impulsvortrag ausgewählte Zahlen aus dem THVB mit Fokus auf den steuerfinanzierten Trägern vor. Sie erläuterte ihre Erkenntnisse beispielsweise zur trägerübergreifenden Teilhabeplanung oder zu Widersprüchen und Klagen.

Nach einer weiteren Arbeitsgruppenphase endete die Veranstaltung mit der Vorstellung der Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen in großer Runde. Auch abseits des Programms nutzten die Teilnehmenden die Gelegenheit, sich trägerübergreifend auszutauschen und über den eigenen Tellerrand zu schauen. Mit Blick auf die im Plenum vorgestellten Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen, führte Markus Hofmann in seiner Ver-



Bild: INES fotografie Berlin

abschiedung der Gäste unter anderem die länderspezifischen Auswertungen der Kennzahlen im THVB an, die den besonderen Gegebenheiten der einzelnen Bundesländer Rechnung tragen und verhindern, dass Äpfel mit Birnen verglichen werden. Die Kennzahlen aus dem THVB seien eine Grundlage, mit der konkrete Maßnahmen gestaltet und deren Wirkungen sichtbar gemacht werden können.

Während des zweitägigen Symposiums wurde nicht nur engagiert und aus verschiedenen Blickwinkeln über eine Statistik gesprochen. Vielmehr ging es um eine gemeinsame Befassung mit dem

Reha-Prozess und seiner künftigen Ausgestaltung, um allen Menschen mit Behinderungen eine gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe zu ermöglichen. Moderiert wurde die Veranstaltung von Ninia LaGrande.

*Dr. Stephanie Czedik
Dr. Nadine Liebing
Ann-Kathrin Poth*

i Eine ausführliche Nachlese zum Symposium mit fachlichen Inhalten und Eindrücken in Bildern wird in Kürze auf der BAR-Website veröffentlicht.



Markus Frenzer, CEO der ZAR Nanz medico GmbH & Co. KG, Zentren für ambulante Rehabilitation

Reha ermöglichen, wann immer sie sinnvoll ist

1 Für welche Patientinnen und Patienten mit welchen Krankheits- und Behandlungsverläufen kommt nach der akutstationären Behandlung eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme als weitergehende Leistung in Frage?

Nach einer akutstationären Behandlung kommt eine medizinische Rehabilitation für viele in Frage, abhängig von ihrer Erkrankung und dem weiteren Behandlungsbedarf. Unser Indikationsspektrum umfasst dabei vor allem Rehabilitation für orthopädisch, neurologisch, kardiologisch, onkologisch sowie psychosomatisch Erkrankte, beispielsweise nach Hüft- oder Kniegelenkoperationen, Wirbelsäulen- oder Bandscheibeneingriffen, aber auch nach einem Schlaganfall oder Herzinfarkt. Auch in der onkologischen Nachsorge bietet die ambulante Reha eine gute Unterstützung für die körperliche und psychische Rekonvaleszenz.

Grundsätzlich haben sowohl stationäre als auch ambulante Rehabilitationsmaßnahmen ihre Berechtigung. Stationäre Reha ist dann sinnvoll, wenn Patientinnen oder Patienten einen höheren Pflegebedarf haben oder ihren Alltag zu Hause nicht ohne Unterstützung bewältigen können. In den meisten Fällen, vor allem bei Erkrankungen, bei denen der Übergang in den Alltag oder die berufliche Wiedereingliederung im Vordergrund stehen, ist die ambulante Reha jedoch die richtige Wahl. Sie wird insbesondere zunehmend bevorzugt wegen der Möglichkeit, die Genesung ohne längere Trennung vom sozialen und beruflichen Umfeld voranzutreiben.

2 Wie organisieren Sie den Übergang von der Akutbehandlung in die Rehabilitation in Ihrer Organisation?

Um den Übergang von der Akutbehandlung zur Rehabilitation optimal zu gestalten, setzen wir auf eine frühzeitige und regelmäßige Kommunikation. In vielen Fällen stehen wir bereits vor der Reha im Austausch mit den niedergelassenen und Klinik-Ärztinnen und -Ärzten, um die Weiterbehandlung detailliert abzustimmen. Eine Besonderheit unserer ambulanten Rehabilitation ist die räumliche Nähe zu vielen Akutkliniken, was eine schnelle und effiziente Überleitung ermöglicht. Darüber hinaus pflegen wir eine intensive Zusammenarbeit mit den zuständigen Sozialdiensten und dem Entlassmanagement, um die administrative Abwicklung möglichst reibungslos zu gestalten. Ein weiterer Aspekt unserer Arbeit ist das regelmäßige Feedback aus der Rehabilitation an die operierenden Ärztinnen und Ärzte, was nicht nur der Therapieoptimierung dient, sondern auch die Qualität der Nachsorge sicherstellt.

3 Wo liegen die größten Herausforderungen in diesem Übergangsbereich?

Eine der größten Herausforderungen in diesem Übergangsbereich ist die punktgenaue Übernahme zum richtigen Zeitpunkt. Während stationäre Reha-Einrichtungen oft durch die Verfügbarkeit von Betten eingeschränkt sind, bietet die ambulante Reha den Vorteil, dass wir Patientinnen und Patienten zeitnah und ohne physische Aufnahmebeschrän-

kungen aufnehmen können. Dies ermöglicht uns, den optimalen Zeitpunkt für den Reha-Start flexibel zu gestalten, was den Behandlungserfolg maßgeblich beeinflusst. Ein weiterer kritischer Punkt ist die Abstimmung zwischen Akut- und Reha-Medizinerinnen und -Medizinern, um sicherzustellen, dass die Therapie nahtlos fortgeführt wird, ohne dass es zu Verzögerungen oder Lücken im Behandlungsverlauf kommt.

4 Haben Sie Ideen für Prozessverbesserungen oder zur Re-Organisation der Versorgung an der Schnittstelle akut/rehabilitativ?

Zur Verbesserung der Prozesse an der Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsmedizin sehe ich vor allem Potenzial in der verstärkten Kooperation zwischen beiden Bereichen. Ein Beispiel wäre die Implementierung einer „Bedside-Diagnostik“, bei der Reha-Medizinerinnen und -Mediziner die Patientinnen und Patienten bereits im Akutkrankenhaus beurteilen, um den Übergang in die Reha gezielt vorzubereiten. Auch gemeinsame Visiten, sowohl während des Krankenhausaufenthaltes als auch während der Rehabilitation würden den Prozess verbessern. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Vereinfachung der Kostenübernahme durch die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger. Deren Regularien sollten stärker an die individuelle Situation angepasst werden, so dass eine Reha genau dann möglich ist, wenn sie aus medizinischer Sicht nach der Akutbehandlung am sinnvollsten ist – unabhängig rechtlicher Fristen.

Im Austausch Kraft tanken

Zugang zu Rehabilitation und Teilhabe über digitale Angebote

In der Selbsthilfe hat die Pandemie deutlich gemacht, dass auch digitale Angebote verstärkt ausgebaut werden müssen. In der Deutschen Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung (DCCV e. V.) werden seit ihrer Gründung vor 42 Jahren Möglichkeiten für die Betroffenen geschaffen, Zugang zu Rehabilitation und Teilhabe zu bekommen. Als Selbsthilfeverband für die etwa 600.000 Menschen in Deutschland mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (CED) ist die DCCV deutschlandweit aktiv. Unser Hauptanliegen ist es, die an CED erkrankten Menschen bei der Bewältigung ihrer Lebenssituation zu unterstützen. Information, Beratung und Vernetzung leben von der Begegnung, sollen aber verstärkt auch digital ermöglicht werden. Dieser Artikel stellt vor, welche Projekte die DCCV hierfür ins Leben gerufen hat.

Die DCCV hat ein breites Beratungsangebot, sowohl von Peer zu Peer, als auch zu medizinischen, psychosozialen und sozialrechtlichen Fragen. Die **psychosoziale Beratung** steht hier im Zentrum und ermöglicht Betroffenen Orientierung. Die Psychologinnen aus dem Referat Beratung sprechen mit Menschen, die sich beispielsweise überlegen, weitere Hilfe zu suchen, eine Psychotherapie zu beginnen oder eine medizinische Zweitmeinung einzuholen.

Die Sprechstunde kann seit 2022 auch mittels Videotool erfolgen. Für Neubetroffene, die sich vertiefte Informationen wünschen, aber auch für bereits länger Betroffene, die ihr Wissen zu CED

auffrischen möchten, gibt es **Online-Schulungen**. Diese bieten den Betroffenen eine Mischung aus grundlegenden medizinischen und alltagspraktischen Informationen, Reflexion und Austausch rund um CED. Eine CED-erfahrene Gastroenterologin und eine Psychologin der DCCV begleiten die Veranstaltung, in der sich Vorträge, Fragerunden und Kleingruppenarbeit abwechseln – psychologische Themen haben einen zentralen Platz.

Für Menschen, mit einer eher seltenen Diagnose, ist es oft schwer, vor Ort in Kontakt mit anderen Erkrankten treten

zu können. Die Mikroskopischen Kolitiden zählen dazu, weshalb sich in der DCCV ein Arbeitskreis für diese Erkrankung gegründet hat. Ein regelmäßiger digitaler **Betroffenenaustausch** über eine Videoplattform bietet Vernetzung, und fachliche Impulse von zugeschalteten Referentinnen und Referenten.

Das **Online-Angehörigentreffen** ist ein weiteres Format. Meistens geht es in diesen Gesprächen um Informationen und

Angebote für die Betroffenen. Angehörige haben jedoch auch

eigene Anliegen und Sorgen, weshalb dafür

ein Raum geschaffen wurde. Das Online-Angehörigentreffen hat das Ziel, einen offenen Austausch unter Angehörigen in Kleingruppen zu ermöglichen und die

psychische Widerstandsfähigkeit bei Angehörigen durch Selbstfürsorge zu verbessern und zu deren emotionalen Entlastung beizutragen. Auch dieses Treffen findet mehrmals im Jahr per Videokonferenztool statt.

„Das Angehörigentreffen ermöglicht uns als Mitbetroffene, uns darüber auszutauschen, was im Zusammenleben mit Angehörigen, die eine chronische Erkrankung haben, helfen kann. Egal, ob in der Rolle als Eltern, Partner, Geschwister, Verwand-

„Ganz herzlichen Dank für den wunderbaren Austausch von Menschen mit mikroskopischen Kolitiden. Er war für mich sehr spannend und ich habe erlebt, dass ich mit meinen Problemen nicht allein bin.“

„Mir gefällt CEDdigital, weil ich entspannt vom Sofa von zu Hause aus gute, hilfreiche und interessante Informationen zu meiner CED erhalte.“



Anne Baltes, Psychologin in der Geschäftsstelle der DCCV

te... vieles ist ähnlich und übertragbar: weil es immer um gegenseitigen Respekt geht, um Vertrauen, um Zutrauen, um Loslassen, um gegenseitiges Zugestehen von Eigenständigkeit in Verbundenheit. Ich finde das unglaublich hilfreich, weil es guttut, einander zu helfen, sich gegenseitig zuzuhören, voneinander zu lernen, Verständnis zu spüren, sich nicht allein zu fühlen ... und so unglaublich viel Kraft tanken zu können.“

Neu bei der DVVV ist das Format **CED-digital**, bei dem Beiträge von Expertinnen und Experten sowie Ehrenamtlichen der DCCV, Erfahrungsberichte und die Möglichkeit zum Austausch die zentralen Inhalte sind. Die Themen orientieren sich an der Lebenswelt der Betroffenen und greifen aktuelle Entwicklungen auf.

Bessere Inklusion von geflüchteten Menschen mit Behinderung

Crossroads-Projekte von Handicap International (HI) in Deutschland

Schätzungsweise 10 bis 15 Prozent aller Geflüchteten weltweit sind Menschen mit Behinderung. Nach Angaben des Bundesinnenministeriums leben derzeit ca. 3,3 Millionen Schutzsuchende in Deutschland. Dazu zählen alle Ausländerinnen und Ausländer, die aufgrund unterschiedlicher humanitärer Gründe¹ einen Aufenthaltstitel haben sowie Asylbewerberinnen und -bewerber im Verfahren sowie solche, die abgelehnt wurden. Crossroads HI geht daher für Deutschland von 330.000 bis 495.000 Schutzsuchenden mit Behinderung aus.

Geflüchtete Menschen mit Behinderung sind bei ihrer Aufnahme und Integration mit hohen Barrieren konfrontiert, denn

- ihr spezifischer Bedarf wird im staatlichen Prozess der Aufnahme und Integration zu wenig beachtet, weil dabei das Kriterium Behinderung nicht systematisch berücksichtigt wird;
- bislang wurde an der Schnittstelle zwischen Flüchtlingshilfe und Behindertenhilfe – den Unterstützungssystemen für Geflüchtete und Menschen mit Behinderung – zu wenig systematische Kompetenz ausgebildet;
- ohne die Hilfe von Fachkräften und Ehrenamtlichen finden die Menschen selten Zugang zu den Angeboten der Behindertenhilfe und scheitern häufig an der komplexen Struktur der Angebote und der bürokratischen Beantragung;
- es gibt nur wenige lokale Selbsthilfegruppen und kaum Selbstvertretungen, in denen geflüchtete Menschen mit Behinderung aktiv sein können.

Kurzum: Die Integration Geflüchteter ist nicht „inklusiv“, ihre Inklusion ist nicht

„integrativ“. Die UN-Behindertenrechtskonvention ist für Geflüchtete mit Behinderung nicht umgesetzt.

Seit 2018 setzt sich daher Handicap International mit seinem Arbeitsbereich Crossroads dafür ein, dass der spezifische Bedarf Geflüchteter mit Behinderung systematisch berücksichtigt wird. Das gilt sowohl für die Erstaufnahme, innerhalb des Asylverfahrens und bei ihrer weiteren Inklusion in Deutschland.

Zu dieser systematischen Berücksichtigung gehört unter anderem,

- dass der Unterstützungsbedarf von Geflüchteten mit Behinderung direkt nach ihrer Ankunft in Deutschland identifiziert wird, wie es die EU-Aufnahmerichtlinie vorsieht,
- ihre barrierefreie Unterbringung,
- dass sie bereits während des Asylverfahrens und nach ihrer Anerkennung Zugang zu Hilfsmitteln und Unterstützungsleistungen erhalten,
- die Bereitstellung barrierefreier Sprach- und Integrationskurse,
- die Unterstützung beim Zugang zum Hilfesystem sowie zu Bildungsangeboten, Beschäftigung und Arbeit,



**Dr. Susanne Schwalgin, Leitung
Crossroads | Flucht. Migration.
Behinderung bei Handicap
International e. V.**

- die Förderung von Selbstvertretungsstrukturen.

Crossroads umfasst aktuell drei Projekte von Handicap International e. V.

Zunächst fördert Crossroads die Selbstvertretung und Selbsthilfe von geflüchteten Menschen mit Behinderung und berät und informiert sie über ihre Rechte und das Unterstützungssystem in Deutschland. So gibt es zum Beispiel eine niedrigschwellige, telefonisch erreichbare und mehrsprachige Beratungsstelle, die Erstorientierung und -beratung anbietet. Hilfesuchende können hier an Unterstützungsstrukturen in ihrer Kommune vermittelt werden. Daneben berät und schult Crossroads Fachkräfte der Flücht-

Handicap International / Humanity & Inclusion (HI)

ist eine gemeinnützige Organisation für Nothilfe und Entwicklungszusammenarbeit, die in rund 60 Ländern aktiv ist. Wir setzen uns für eine solidarische und inklusive Welt ein. Wir verbessern langfristig die Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderung und unterstützen diejenigen, die besonderen Schutz benötigen. Außerdem arbeiten wir für eine Welt ohne Minen und Streubomben sowie für den Schutz der Zivilbevölkerung im Krieg. HI ist Co-Preisträgerin des Friedensnobelpreises von 1997. Handicap International e. V. ist der deutsche Verein von HI.

¹ Schutzberechtigte können sein: Asylberechtigte nach § 16a Grundgesetz, Flüchtlinge nach der Genfer Flüchtlingskonvention, subsidiär Schutzberechtigte und Personen mit und Abschiebeverbot Duldungen aus humanitären Gründen

Schwerpunkt: Zugang zu Reha und Teilhabe

lingshilfe und der Behindertenhilfe und fördert deren Vernetzung, damit sie Geflüchtete mit Behinderung bei deren Zugang zu gesellschaftlicher Teilhabe und den Leistungen der Behindertenhilfe gezielt unterstützen können. Diese anspruchsvolle Tätigkeit unterstützt Crossroads seit Sommer 2024 mit einer bundesweit erreichbaren Beratung für Fach-

kräfte. Mit seiner politischen Arbeit setzt sich Crossroads in Politik und Verwaltung für die Interessen geflüchteter Menschen mit Behinderung ein und sensibilisiert zuständige Behörden und andere Organisationen für deren Bedarfe. Aktuell liegt der Fokus der politischen Arbeit darauf, die vielfältigen Verschärfungen der Asylgesetzgebung kritisch zu be-

gleiten und zugunsten der Wahrung der Rechte von geflüchteten Schutzsuchenden mit Behinderung zu kommentieren.

i Weitere Informationen zu Crossroads unter:
www.hi-deutschland-projekte.de/crossroads

Digital – barrierefrei – trägerübergreifend Gemeinsamer Grundantrag vereinfacht die Antragstellung



Das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) geförderte Projekt „Gemeinsamer Grundantrag für Reha- und Teilhabeleistungen“ der BAR e. V. und ihrer Mitglieder setzt dort an, wo der Zugang zu Reha- und Teilhabeleistungen häufig beginnt – bei der Antragstellung. Ziel des Projekts ist die Entwicklung und Erprobung eines Prototyps für einen trägerübergreifend abgestimmten (digitalen) „Reha-Antrag“.

Dieser Antrag soll es Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Personen künftig ermöglichen, Reha- und Teilhabeleistungen bei allen Reha-Trägern mit nur einem Antrag zu beantragen – digital und barrierefrei. Für die Reha-Träger schafft ein solcher trägerübergreifend abgestimmter Antrag eine gemeinsame Grundlage für die Antragsbearbeitung und die koordinierte Planung von „Leistungen wie aus einer Hand“.

Seit dem Projektstart im April 2023 wurden bereits wichtige Fortschritte erzielt. So wurde ein Prototyp entwickelt, der von verschiedenen Gruppen getestet wurde. Darunter Personen, die

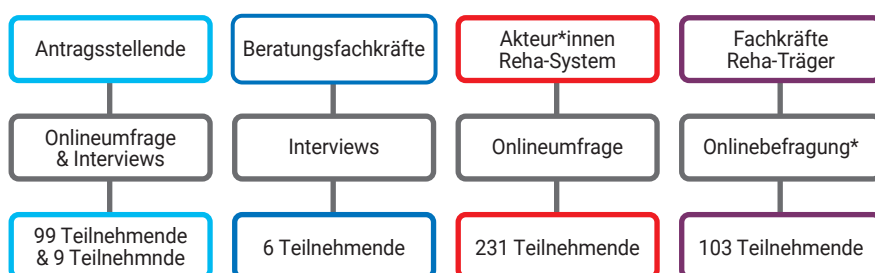
- potenziell einen „Reha-Antrag“ für sich oder andere stellen könnten (*Antragstellende*),
- Anträge bearbeiten (*Fachkräfte der Reha-Träger*)
- im Reha-System arbeiten (*Akteurinnen und Akteure im Reha-System*),

- in der Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung tätig sind (*Beratungsfachkräfte EUTB®*).

Ziel der Erprobung war es, den Prototyp umfassend und mit unterschiedlichen Methoden auf Nutzerfreundlichkeit und Bedarfsorientierung zu testen und die Bearbeitung von Testanträgen des Prototyps praxisnah zu erproben. Insgesamt nahmen 448 Personen an der Erprobung teil und leisteten einen wertvollen Beitrag zum Erfolg des Projekts (s. Abb.).

Ein erster Blick in die Daten zeigt bereits, dass neben konstruktiven Verbesserungsvorschlägen viele positive Rückmeldungen von den Teilnehmenden vorliegen, die gerade den vereinfachten Zugang zu Reha- und Teilhabeleistungen betreffen. Die aktuell laufende Auswertung soll Anfang 2025 abgeschlossen sein.

Abbildung 1: Grafik zur Darstellung des Aufbaus der Erprobung.



*basierend auf der Erprobung von Testanträgen, die über den Prototyp generiert wurden.

Dr. Christiane Goldbach,
Daniela Jamin, Carola Penstorf

i Über die Website **www.reha-antrag.org** wird regelmäßig über den Projektfortschritt informiert. Hier ist auch eine Anmeldung für den Projekttrundbrief möglich.



Kein Anspruch auf Pflegegeld nach

§ 37 SGB XI in einer „besonderen Wohnform“



Orientierungssatz*

In „besonderen Wohnformen“ nach § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI, in denen Eingliederungshilfeleistungen erbracht werden, besteht auch für Selbstzahler kein Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI anstelle der Pauschalleistung nach § 43a SGB XI. Es fehlt hierfür an der Voraussetzung „häusliche Umgebung“.

BSG, Urteil v. 05.09.2024 – B 3 P 9/22 R

Sachverhalt und Entscheidungsgründe

Der Kläger (Pflegegrad 3) lebt in einer Lebensgemeinschaft, in der neben Wohnraumüberlassungen auch Leistungen der Eingliederungshilfe (EGH) für Menschen mit Behinderungen erbracht werden. Aufgrund zu berücksichtigenden Einkommens und Vermögens zahlt der Kläger die Leistungen der EGH selbst. Von der Pflegekasse (PflV) erhält er eine pauschale Beteiligung an den pflegebedingten Aufwendungen nach § 43a SGB XI. Anstelle dessen begehrt er ein Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 SGB XI. Dabei wirft er die Frage auf, ob ein Leistungsausschluss von Selbstzahlern vom Pflegegeld nach § 37 SGB XI in Einrichtungen der EGH gegen den Gleichheitsgrundsatz in Art. 3 GG verstößt. Die Vorinstanzen wie auch letztinstanzlich das BSG haben die Klage abgewiesen.

Das BSG stellt heraus, dass die Ansprüche nach § 37 Abs. 1 SGB XI und nach § 43a SGB XI jeweils an den Ort anknüpfen, an dem die pflegebedürftige Person betreut und gepflegt wird – nicht daran, wer die EGH-Leistung zahlt. Die vom Kläger bewohnte Lebensgemeinschaft wird vom BSG als Einrichtung bzw. Räumlichkeit („besondere Wohnform“) iSd § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI eingeordnet. Die Voraussetzung der „häuslichen Umgebung“ für die Zahlung von Pflegegeld iSd § 37 Abs. 1 SGB XI ist dann jedoch nicht erfüllt. Die Leistungen nach § 43a SGB XI dienen als Ausgleich dafür, dass in besonderen Wohnformen der EGH grundsätzlich keine Leistungen der PflV erbracht werden, sondern Pflegeleistungen auf gesetzlicher Grundlage Bestandteil der Fachleistungen der EGH sind (vgl. § 13 Abs. 3 S. 3 SGB XI, § 103 Abs. 1 S. 1 SGB IX).

Die Beschränkung des individuellen Anspruchs aus § 43a SGB XI auf 266 €/Monat auch für Selbstzahler begegnet laut BSG in Bezug auf den Gleichheitsgrundsatz nach Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG keinen verfassungsrechtlichen Bedenken. Der Gesetzgeber hat auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts grundsätzlich eine besonders weite Gestaltungsfreiheit, die auch Typisierungen und Pauschalisierungen einschließt. Eine Differenzierung der Art der Pflegeleistungen nach dem Ort der Leistungen ist angesichts der je nach Ort unterschied-

lichen Strukturen der Sicherstellung der Pflege kein unsachlicher Gesichtspunkt. § 43a SGB XI weicht auch nicht von den allgemeinen Regelungsstrukturen der PflV ab. Auch dass die EGH seit 2020 mit der Personenzentrierung einer abweichenden Differenzierungslogik folgt, begründet keinen Gleichheitsverstoß durch das Pflegeversicherungsrecht. Schließlich knüpfen die Abgrenzungsregelungen zwischen PflV und EGH an die Leistungs- und Finanzierungsverantwortung der verschiedenen Leistungsträger im Sozialleistungssystem und nicht benachteiligend an eine Behinderung an.

Die Entscheidung, zu der bisher nur der Terminsbericht vorliegt, unterstreicht den weiten gesetzgeberischen Spielraum auch bei der Ausgestaltung der Schnittstellen zwischen EGH und PflV. Die diesbezüglichen Regelungen, insb. §§ 13 Abs. 3 S. 3 und 43a SGB XI sowie § 103 Abs. 1 S. 1 SGB IX, waren und sind Gegenstand fortgesetzter fachpolitischer Diskussionen – nicht nur wegen des Spannungsverhältnisses zwischen Typisierung bzw. Pauschalierung einerseits und Personenzentrierung andererseits. Ob daraus gesetzliche Änderungen folgen, bleibt abzuwarten.

* Leitsätze oder Entscheidungsgründe des Gerichts bzw. Orientierungssätze anhand Terminsbericht, redaktionell abgewandelt und gekürzt

► Thema der nächsten Ausgabe:
Zahlen, Daten, Fakten

Erscheinungstermin: 15.02.2025