Vorblatt

1. Anlass und Zweck der Neuregelung:

Mit der Novelle zum Stmk. BHG, LGBl. Nr. 74/2007, wurden Verordnungsermächtigungen zur näheren Regelung von nicht als Beeinträchtigung geltenden Erkrankungen (§ 2 Abs. 4a), der Gewährung zur Hilfe von Heilbehandlung (§ 5 Abs. 2) und der Gewährung von Kostenzuschüssen für Hilfsmittel (§ 25 Abs. 2) verankert. Mit dem vorliegenden Verordnungsentwurf kommt die Landesregierung dieser Verpflichtung nach.

2. Inhalt:

Der Verordnungsentwurf ist in 4 Abschnitte gegliedert.

Der 1. Abschnitt legt jene Erkrankungen fest, die nicht als Beeinträchtigung im Sinne des Stmk. BHG gelten.

Der 2. Abschnitt normiert, für welche Heilbehandlungen ein Kostenzuschuss in welcher Höhe gewährt wird.

Der 3. Abschnitt bestimmt die Hilfsmittel und die zu gewährende Höhe der Kostenzuschüsse.

Der 4. Abschnitt enthält die Schlussbestimmungen.

3. Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Keine.

4. Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Die vorgesehenen Regelungen fallen nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

5. Kostenfolgen der beabsichtigten Regelung:

Grundsätzlich keine.

Es ist eher mit einer Kostenersparnis zu rechnen, da es zur Vermeidung von Doppelzahlungen und einer klaren Trennung zwischen Krankheit und Behinderung (Sozialversicherungsträger und Behindertenhilfe) kommt. Weiters wird vermieden, dass überpreisige Hilfsmittel und Therapieleistungen gezahlt werden. Dennoch ist eine lückenlosere Erfassung gegeben und ein effizienterer Einsatz der Steuermittel gewährleistet.

Erläuterungen

I. Allgemeiner Teil

1. Anlass und Zweck der Neuregelung:

Mit der Novelle zum Stmk. BHG, LGBl. Nr. 74/2007, wurden Verordnungsermächtigungen zur näheren Regelung von nicht als Beeinträchtigung geltenden Erkrankungen (§ 2 Abs. 4a), der Gewährung zur Hilfe von Heilbehandlung (§ 5 Abs. 2) und der Gewährung von Kostenzuschüssen für Hilfsmittel (§ 25 Abs. 2) verankert. Mit dem vorliegenden Verordnungsentwurf kommt die Landesregierung dieser Verpflichtung nach.

Ziel und Zweck der Verordnung ist es, einerseits Rechtssicherheit über die zu erwartenden Hilfeleistungen bei der Inanspruchnahme von Therapien und bei der Anschaffung von Hilfsmitteln herzustellen und des Weiteren das Verfahren in erster Instanz zu beschleunigen.

2. Inhalt:

Der Verordnungsentwurf ist in 4 Abschnitte gegliedert.

Der 1. Abschnitt legt jene Erkrankungen fest, die nicht als Beeinträchtigung im Sinne des Stmk. BHG gelten.

Der 2. Abschnitt normiert, für welche Heilbehandlungen ein Kostenzuschuss in welcher Höhe gewährt wird. Für die Heilbehandlungen wurde ein einheitlicher Minutensatz festgesetzt. Bei diesem Kostensatz ist darauf Bedacht genommen worden, dass auch andere Kostenträger, z.B. GKK, Kostenbeiträge leisten.

Der 3. Abschnitt bestimmt die Art der Hilfsmittel und die zu gewährende Höhe der Kostenzuschüsse. Bei der Festlegung der Kostenzuschüsse für den Ankauf von Hilfsmitteln wurden die zu erwartenden Beitragsleistungen anderer Kostenträger berücksichtigt.

Der 4. Abschnitt enthält die Schlussbestimmungen.

3. Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Keine.

4. Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Die vorgesehenen Regelungen fallen nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

5. Kostenfolgen der beabsichtigten Regelung:

Derzeit wird für den durch diese Verordnung zu regelnden Bereich laut Rechnungsabschluss 2006 ein Gesamtbetrag von jährlich rund € 5.680.000 (100%) aufgewendet. Durch die nunmehr festgelegten einheitlichen Maßnahmen im Rahmen der Therapien, sowie der zuzuerkennenden Hilfs- und Heilmittel, ist mit Minderausgaben zu rechnen, welche allerdings derzeit nicht konkret beziffert werden können. Es ist eher mit einer Kostenersparnis zu rechnen, da es zur Vermeidung von Doppelzahlungen und einer klaren Trennung zwischen Krankheit und Behinderung (Sozialversicherungsträger und Behindertenhilfe) kommt. Weiters wird vermieden, dass überpreisige Hilfsmittel und Therapieleistungen gezahlt werden. Dennoch ist eine lückenlosere Erfassung gegeben und ein effizienterer Einsatz der Steuermittel gewährleistet.

II. Besonderer Teil

Allgemein:

In der Praxis ist es fast nicht möglich, eine exakte Abgrenzung zwischen Krankheit und Behinderung, aber auch zwischen den Leistungen nach dem ASVG und dem Stmk. BHG, zu treffen. Einerseits sollen Doppelunterstützungen vermieden werden, andererseits ist darauf zu achten, dass Menschen mit Behinderung nicht in die Lage kommen, weder von der Behindertenhilfe noch von den Sozialversicherungsträgern versorgt zu werden. Ziel ist es also, eine flächendeckende und zweckentsprechende Versorgung und Hilfeleistung zu gewährleisten, wobei auf eine, soweit als möglich exakte Abgrenzung von Behinderung und Krankheit, zu achten ist.

Weiters ist beabsichtigt, bei jenen Leistungen, bei welchen keine Leistungsverpflichtung, sondern lediglich eine Zuschussleistung der Sozialversicherungsträger vorliegt, mit diesen eine Verwaltungsvereinbarung abzuschließen.

Zu § 1:

Im § 1 soll gemäß § 2 Abs. 4a Stmk. BHG klar festgelegt werden, welche Erkrankungen nicht als Beeinträchtigung nach dem Behindertengesetz gelten. Es sollen auch keine Alternativbehandlungen aus Mitteln der Behindertenhilfe bezahlt werden.

Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens hat sich herausgestellt, dass eine „einfache Auflistung“ von Krankheiten nicht möglich ist. Schon allein die Grenzziehung zwischen Krankheit und Behinderung ist oft nicht klar und eindeutig gegeben. Weiters haben sich in der Vergangenheit Fälle ergeben, dass Betroffene weder von den Sozialversicherungsträgern, noch von der Behindertenhilfe Leistungen erhalten haben. Aber auch der umgekehrte Fall ist eingetreten, dass die betroffenen Personen ihre Leistung von der Sozialversicherung und der Behindertenhilfe erhielten.

Bei der Grenzziehung zwischen Krankheit und Behinderung scheint es zweckmäßig, sich an die Vorgaben der Sozialversicherungsanstalten anzulehnen und dann Leistungen zu übernehmen, wenn der Sozialversicherungsträger keine oder nur einen Teil der Kosten übernimmt.

Abs.1 legt fest, was vom Krankheitsverlauf her von vorneherein durch die Sozialversicherungsträger abgedeckt ist. Es handelt sich dabei beispielsweise um Grippe, grippale Infekte, Bronchitis, niedrigen und hohen Blutdruck und Enteritis. Bei den chronischen Erkrankungen hängt die Übernahme davon ab, ob das Leiden noch beeinflussbar ist. Ist dies der Fall, fällt das Leiden in den Bereich Krankheit und wird von den Sozialversicherungsanstalten übernommen. Auch hier wird einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung Rechnung getragen.

Abs. 3: dient lediglich der Klarstellung, da die Medikamentenbehandlung in jedem Fall von den Sozialversicherungsträgern übernommen wird.

Folgewirkungen von Erkrankungen können üblicherweise auch unter die Z.1. bis 4. subsummiert werden. Bei solchen wird es sich oft um akute oder chronische Erkrankungen handeln. Je nachdem, ob dann die Erkrankung innerhalb von sechs Monaten geheilt werden kann oder das Leiden noch beeinflussbar ist, kommt es zu einer Leistung aus der Behindertenhilfe oder nicht.

Zu § 2:

Hilfe zur Heilbehandlung im Sinne des § 5 Stmk. BHG wird erst dann gewährt, wenn sozialversicherungsrechtlich kein Anspruch auf Kostenersatz oder –zuschuss besteht.

Durch die Heilbehandlung in Form der Gewährung von Therapien sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wieder hergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Diese Behandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, ohne das Maß des medizinisch Notwendigen zu überschreiten.

Es muss sich bei den Therapien um schulmedizinisch und gesetzlich anerkannte Formen handeln. Es werden – und können auch nicht – alle Formen der Therapie übernommen werden, sondern eben nur jene, die allgemein anerkannt sind.

Therapien werden auch von den Sozialversicherungsträgern übernommen. In diesem Fall erfolgt dies aus dem Titel der Krankenbehandlung. Bisher bezahlte der Sozialversicherungsträger einen Kassentarif, der sich aus den abgeschlossenen Verträgen ergab. Oft nahm der/die Betroffene jedoch einen Privattherapeuten in Anspruch, welcher dieselbe Leistung zu einem wesentlich höheren Preis anbot. Die Differenz zum günstigeren, jedoch völlig ausreichenden Kassentarif, übernahm die Behindertenhilfe, obwohl es sich um Leistungen aus dem Titel Krankenbehandlung handelte. Damit waren Menschen mit Behinderung – sachlich nicht gerechtfertigt – besser gestellt, als der Rest der Bevölkerung. Dies bewirkt aber auch ein Hinauftreiben der Preise, weil ja die Behindertenhilfe in jedem Fall die Restkosten übernimmt! Außerdem griff die Behindertenhilfe in einen Bereich ein, welcher der Bundesgesetzgebung vorbehalten ist.

Nunmehr soll es so sein, dass aus dem Titel der Krankenbehandlung (Akut- und Erhaltungstherapie) der Sozialversicherungsträger leistet, und aus dem Titel Behinderung (Fördertherapie) die Behindertenhilfe eingreift. Dadurch ist gewährleistet, dass die notwendigen Hilfen, sei es aus dem Titel Krankenbehandlung oder Behinderung, zweckmäßig und ausreichend zur Verfügung stehen. In Praxis sieht dies so aus:

Der Sozialversicherungsträger gewährt zum Kassentarif beispielsweise 10 Stunden Physiotherapie aus dem Titel Krankenbehandlung. Nimmt der Betroffene einen Vertragstherapeuten in Anspruch, sind alle Kosten gedeckt. Nimmt er die Leistung, aus welchen Gründen auch immer, bei einem Wahltherapeuten in Anspruch, welcher wesentlich mehr verlangt, müssen diese – vermeidbaren – Mehrkosten selbst getragen werden. Ergibt sich darüber hinaus die Notwendigkeit, eine Fördertherapie in Anspruch zu nehmen, deckt die Behindertenhilfe diesen Betrag ab.

Zuschüsse werden beispielsweise von Seiten der GKK dann geleistet, wenn es keine vertraglichen Regelungen gibt und betragen in der Regel ca. 50% der durchschnittlichen Kosten. Bei vorhandenen Verträgen übernimmt oder erstattet beispielsweise die GKK die Kosten (die Kostenerstattung ist höher als eine Zuschussleistung) Diese Formulierung gewährleistet, dass die Behindertenhilfe nur dann Leistungen erbringt, wenn die Betroffenen vom Sozialversicherungsträger keine oder eine vergleichbar geringe Leistung erhalten und schließt eine Leistung der Behindertenhilfe, bei Kostenübernahme und Kostenerstattung durch den Sozialversicherungsträger aus.

Zu § 3:

Menschen mit Behinderung, bei denen bei der Anschaffung eines medizinisch und behinderungsbedingt notwendigen und geeigneten Hilfsmittels Kosten oder Restkosten entstehen, haben einen Rechtsanspruch auf einen Zuschuss für den Ankauf eines Hilfsmittels im Sinne des § 6 Stmk. BHG.

Im Begutachtungsverfahren hat sich auch hier ergeben, dass eine einfache Liste nicht zweckdienlich erscheint. Kostenzuschüsse sind für solche Hilfsmittel zu gewähren, die in einer den Bedürfnissen des Menschen mit Behinderung angepassten Art und der technischen Entwicklung entsprechend ausgeführt sind.

Die Höhe der Kostenzuschüsse orientiert sich am kostengünstigsten und geeignetsten Hilfsmittel sowie einem Selbstbehalt von 20%. Außerdem wurden die zu erwartenden Beitragsleistungen anderer Kostenträger (wie z.B. Bundessozialamt, Gebietskrankenkasse, Pensionsversicherungsanstalt etc.) berücksichtigt.

Bisher kam es immer wieder vor, dass bsp. Rollstühle sowohl vom Sozialversicherungsträger (Aktiv- und Schieberollstühle, teilweise auch E-Rollstühle) bezahlt wurden und von der Behindertenhilfe Zweit- und Drittrollstühle finanziert wurden. Dies scheint auch aus dem Blickpunkt der Kosteneffizienz nicht tragbar. Sollte sich jedoch im Einzelfall die Notwendigkeit eines zweiten Rollstuhls ergeben, ist dies mit den Bestimmungen des Stmk. BHG möglich, sollte jedoch die Ausnahme bleiben.

Grundsätzlich ist darauf hinzuweisen, dass gemäß § 25 in Verbindung mit § 29a in Härtefällen höhere Leistungen der Behindertenhilfe gewährt werden können.

Ziel und Zweck der Verordnung ist es, einerseits Rechtssicherheit über die zu erwartenden Hilfeleistungen bei Anschaffung von Hilfsmitteln herzustellen, und des Weiteren das Verfahren in erster Instanz zu beschleunigen bzw. für eine einheitliche Vollziehung zu sorgen.

Für Hilfsmittel hörgeschädigter Menschen werden aus Mitteln der Behindertenhilfe keine Kostenzuschüsse gewährt. Die Begründung liegt darin, dass die Sozialversicherungsträger die Kosten im notwendigen Ausmaß zur Gänze übernehmen.

Zu § 4:

Es ist vorgesehen, dass diese Verordnung am 1. Dezember 2007 in Kraft treten soll.

Aus dem zu den §§ 1-3 Gesagten ergibt sich jedoch auch, dass es unerlässlich ist eine permanente Kontaktpflege zwischen den Sozialversicherungsträgern und der Behindertenhilfe ins Leben zu rufen, um eine flächendeckende Hilfe aller Betroffenen zu gewährleisten.