

16.05.2011

Zum

Referentenentwurf eines Nationalen Aktionsplanes der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Stand 27.4.11)

nimmt die Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)
Bundesverband Geriatrie e.V. (BV Geriatrie)
Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss)
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED)
Fachverband Sucht e.V. (FVS)

wie folgt Stellung:

A. Vorbemerkung

Die Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX dankt dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales dafür, dass es das Vorhaben eines Nationalen Aktionsplanes auf einer so breiten Grundlage unter Beteiligung nicht nur aller maßgeblichen Betroffenenverbände und Leistungsträger, sondern auch aller maßgeblichen Leistungserbringerverbände der Rehabilitation umsetzen möchte.

Gerade deshalb möchten wir mit unseren Änderungs- und Ergänzungsvorschlägen dazu beitragen, dass die Zielrichtungen des Nationalen Aktionsplanes, die über das SGB IX in wesentlichen Teilen bereits vorgegeben sind, noch stärker zum Ausdruck kommen.

B. Strukturierung der Handlungsfelder und Querschnittsthemen

Der Referentenentwurf unterstreicht in der Einleitung auf Seite 11 zu Recht die finanzielle Bedeutung der Leistungen, die im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation zur Teilhaberealisierung behinderter oder von Behinderungen bedrohter Menschen durchgeführt werden. Diese Leistungen unterfallen sämtlich Artikel 26 der UN-BRK, umfassen aber als Leistungen der „Habilitation und Rehabilitation“ einen breiten

Wirkungskreis, den die UN-Konvention in Artikel 26 selber weit formuliert („insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste“). Demzufolge ist Artikel 26 ein ‚Querschnittsartikel‘, dessen Umsetzungsinhalte sich auf viele Bestimmungen der UN-Konvention erstrecken.

Umsetzung:

- a) Die Relevanz dieser Leistungen sollte deshalb an mehr Stellen, als im Referentenentwurf bislang vorgesehen, hervorgehoben werden, zumal sich die Einleitung des Entwurfes (Seite 9) ausdrücklich auf das SGB IX bezieht.
- b) Der Referentenentwurf führt auf Seite 15 zwölf Handlungsfelder auf, darunter die „Prävention, Rehabilitation, Gesundheit und Pflege“, ferner sieben Querschnittsthemen. Wir schlagen vor, das dritte Handlungsfeld „Prävention, Rehabilitation, Gesundheit und Pflege“ (Kapitel 3.3, Seiten 31 ff.) als „Gesundheit und Pflege“ zu formulieren.
- c) Der Bereich „Prävention und Rehabilitation“ sollte als eigenständiges Handlungsfeld benannt und in Kapitel 3 als Ziffer 3.1 allen folgenden Handlungsfeldern vorausgehen. Hierfür können die Formulierungen des Unterabschnitts 3.3.2 „Rehabilitation und Teilhabe“ (Seiten 34 f.) mit genutzt werden.
- d) In diesem Zusammenhang sollte auch darauf hingewiesen werden, dass eine wesentlich bessere Vernetzung aller Akteure, Leistungen und Informationen erforderlich ist.

C. Zu den Handlungsfeldern im Einzelnen:

Der Nationale Aktionsplan sollte den Eindruck vermeiden, er beziehe sich im Wesentlichen auf behinderte oder schwerbehinderte Personen im engeren Sinn und weniger auf chronische kranke Menschen. Auch solche Menschen sind behindert im Sinne von Artikel 1 UN-BRK und im Sinne der §§ 2 und 3 SGB IX.

So sind zum Beispiel auch für einen Teil der abhängigkeiterkrankten Menschen, also chronifizierte Suchtkranke bzw. mehrfach beeinträchtigte, suchtkranke Menschen tagesstrukturierende Maßnahmen mit den entsprechenden und zu fördernden Beschäftigungsmöglichkeiten erforderlich, die sich nicht auf Werkstätten für Behinderte eingrenzen lassen (vgl. Entwurf, Seite 23). Ebenfalls sollte der Zugang für arbeitslose Menschen mit chronischen Erkrankungen zu qualifizierter Arbeit und Beschäftigung nach einer erfolgten Rehabilitation eine Selbstverständlichkeit sein, was es bis heute nicht ist.

Deshalb sollte im Aktionsplan an geeigneter und hervorgehobener Stelle verdeutlicht werden, dass seine Ausführungen auch für alle chronisch erkrankten Menschen gelten (und nicht nur, wie bislang im Entwurf vorgesehen, auf den Seiten 32 und 34).

3.1 Arbeit und Beschäftigung

Zu Seite 18, oberster Absatz, letzter Satz schlagen wir vor, den Satz wie folgt zu ergänzen: „Sie reichen von der *stufenweisen Wiedereingliederung* und Eingliederungszuschüssen ...“

Begründung: Die stufenweise Wiedereingliederung mit den damit verbundenen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (§ 28 SGB IX) ist ein arbeitsplatzerhaltungsbezogenes Instrument des SGB IX.

3.1.3 Berufliche Rehabilitation und Prävention

Hierzu schlagen wir vor, die Abschnittsüberschrift wie folgt zu formulieren: „*Prävention, medizinische und berufliche Rehabilitation*“. Denn nicht nur die berufliche, sondern auch die medizinische Rehabilitation der Renten- und Unfallversicherung dient dem gesetzlich vorgegebenen Zweck, die Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit behinderter oder von Behinderungen bedrohter Menschen zu erhalten.

Entsprechend sollte der Einleitungssatz des Abschnitts auf Seite 21 wie folgt formuliert werden: „*Die medizinische und berufliche Rehabilitation sind wichtige Elemente* bei der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen.“ In den folgenden Sätzen müsste demzufolge die medizinische Rehabilitation mit einbezogen werden. Das gilt zum Beispiel für den zweiten Absatz, 1. Satz auf Seite 22: „... hat die Bundesregierung mit der ‚Initiative RehaFutur‘ Maßnahmen zur Zukunftsausrichtung der *medizinischen und* beruflichen Rehabilitation gestartet“, oder für den vorletzten Satz auf Seite 22: „Für die Autonomie und Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsmarkt spielen die *medizinische wie* berufliche Rehabilitation und das BEM eine zentrale Rolle.“

3.2 Bildung

Zu den Abschnitten 3.2.1 „Schule“ und 3.2.2 „Hochschule“ schlagen wir vor, die dort aufgeführten Maßnahmen durch das Thema „Früherkennung und Frühförderung“ (§ 30 SGB IX) in Abschnitt 3.2.1 und durch das Thema „Assistenz“ in Abschnitt 3.2.2 zu ergänzen.

Frühförderungsmaßnahmen stehen im unmittelbaren Zusammenhang mit einer „Schule für alle“, Maßnahmen der persönlichen und technischen Assistenz sind für behinderte

Studenten in vielen Fällen unabdingbar und darum Teil einer „Hochschule für alle“ (vgl. nur Fachtagung der AG Recht und Politik in der DGRW am 7. und 8.4.2011 in Halle: „Der Beitrag des Rehabilitationsrechts zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention an den Hochschulen“).

3.3 Prävention, Rehabilitation, Gesundheit und Pflege

Wie oben (B.) bereits ausgeführt, sollte die Kapitelüberschrift „Gesundheit und Pflege“ lauten, „Prävention und Rehabilitation“ hingegen als ein eigenständiges Handlungsfeld 3.1 ausgeführt werden. Dabei sollte Berücksichtigung finden, dass die medizinische Rehabilitation – auch ausweislich des SGB IX – ein allgemein anerkannter Teil der Sekundär- und Tertiärprävention ist. Der Abschnitt 3.3.2 „Rehabilitation und Teilhabe“ sollte in dieses Handlungsfeld einfließen.

Zur Überschrift des Abschnitts 3.3.1 „Prävention und Gesundheitsversorgung“ schlagen wir vor, das Wort „Gesundheitsversorgung“ durch das Wort „Gesundheitssicherung“ zu ersetzen. Ferner erscheint der Abschnitt zu stark auf das SGB V fokussiert. Deshalb sollte deutlicher die Bedeutung auch der Gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung (SGB VI und SGB VII) für den Bereich von Prävention und Gesundheitssicherung hervorgehoben werden.

Im Abschnitt 3.3.3 Pflege vermissen wir die Nennung der Grundsätze „Rehabilitation vor Pflege“ und „Rehabilitation in der Pflege“. Beide Grundsätze sind durch zahlreiche Regelungen des SGB IX, des SGB V und des SGB XI ausformuliert und Bestandteil einer umfassenden Pflegeprävention.

Ferner sollte darauf hingewiesen werden, dass das Thema „Rehabilitation für pflegende Angehörige“, die als pflegende Angehörige gesteigerte Maßnahmen der persönlichen Assistenz wahrnehmen und dadurch entsprechende Belastungen erfahren, durch die Bundesregierung besonders gefördert wird. Der Ansatzpunkt hierfür wäre der vorletzte Satz auf Seite 36 („Die Bundesregierung setzt sich dafür ein, die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und häuslicher Pflege zu verbessern, um pflegende Angehörige zu entlasten.“)

3.4 Kinder, Jugendliche, Familie und Partnerschaft

In Abschnitt 3.4.2 sollten die besonderen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter des SGB V hervorgehoben werden im Zusammenhang mit der

Feststellung, dass arbeitende Mütter und Väter, die behinderte Kinder betreuen, außergewöhnlichen (nicht nur „zeitlichen“) Belastungen ausgesetzt sind.

3.6 Ältere Menschen

Die Demographieproblematik ist auch ein Bestandteil des Kapitels 3.1 „Arbeit und Beschäftigung“ im Hinblick auf den absehbaren Mangel an qualifizierten Arbeitskräften und sollte dort ebenfalls erwähnt werden. In diesem Zusammenhang sollte darauf hingewiesen werden, dass infolge der Verlängerung der Lebensarbeitszeit Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation als Arbeitskrafterhaltungs- und Stabilisierungsmaßnahmen eine immer größere Bedeutung erlangen.

Darüber hinaus ist im Aktionsplan das Ziel normiert, auch älteren Menschen mit Behinderungen zu ermöglichen, in der eigenen Wohnung und im bisherigen sozialen Wohnumfeld zu verbleiben. Spezielle, auf die besonderen medizinischen und rehabilitativen Bedürfnisse des geriatrischen Menschen zugeschnittene Rehabilitationsangebote können wirkungsvoll diesen individuellen Teilhabeanspruch absichern und realisieren. Es sollte daher im Aktionsplan ein entsprechender Verweis aufgenommen werden. Beispielhaft könnte dies durch folgende Formulierung erfolgen: „Die Bundesregierung will auch älteren Menschen mit Behinderungen ermöglichen, in der eigenen Wohnung und in einem sozialen Wohnumfeld bleiben zu können. Dazu sollen mithilfe altersspezifischer Rehabilitationsangebote das individuelle Rehabilitationspotenzial des alten Menschen besser erkannt und genutzt werden. Auf diesem Wege soll auch im hohen Alter der Grundsatz Rehabilitation vor Pflege entsprechend umgesetzt und stationäre Pflege vermieden werden.“

3.7 Bauen und Wohnen

In Abschnitt 3.7.3 „Inklusiver Wohnraum“ sollte im Zusammenhang mit der Förderung von wohnortnahen Beratungsstrukturen auch der Ausbau der sog. „mobilen Rehabilitation“ (§ 40 Absatz 1 Satz 1 SGB V: „durch wohnortnahe Einrichtungen“) hervorgehoben werden.

3.10 Gesellschaftliche und politische Teilhabe

In Abschnitt 3.10.5 „Datenlage zu Menschen mit Behinderungen“ schlagen wir vor, einen Passus aufzunehmen, dass die Bundesregierung die Erarbeitung und Umsetzung einer sektorenübergreifenden Rehabilitationsstatistik befördern wird.

Der Abschnitt 3.10.6 „Zugang zu Information und Kommunikation“ setzt voraus, dass hinlängliche und vernetzte Informationen über das Rehabilitations-Leistungsgeschehen bereits vorhanden sind. Das ist nicht der Fall. Zudem normiert § 9 Absatz 1 SGB IX ein Wunschrecht jedes Betroffenen zur Auswahl des Leistungserfüllungsortes. Damit dieses Wunschrecht umgesetzt werden kann, müssen allgemein leicht zugängliche und nachvollziehbare Informationen über die verschiedenen Leistungserfüllungsorte vorhanden sein. Wir schlagen deshalb vor, einen Passus aufzunehmen, dass die Bundesregierung die Erarbeitung und Umsetzung einer entsprechenden ‚Landkarte‘ befördern wird. Dies könnte – alternativ – auch im (neuen) Handlungsfeld 3.1 „Rehabilitation und Teilhabe“ geschehen.

6.3 Maßnahmenkatalog: Prävention und Rehabilitation

Aus unserer Sicht ist es dringend notwendig, das Rehabilitationsbudget der Deutschen Rentenversicherung an den steigenden Rehabilitationsbedarf chronisch Kranker und behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen anzupassen. Es muss vermieden werden, dass diese Menschen aufgrund von Budgetzwängen erforderliche Leistungen nicht oder nicht rechtzeitig erhalten, um am Erwerbsleben weiter teilhaben zu können. Das Budget der Deutschen Rentenversicherung war bereits im Jahr 2010 ausgeschöpft und die Antragszahlen sind auch im Jahr 2011 auf hohem Niveau stabil. Die Deutsche Rentenversicherung geht davon aus, dass die Antragszahlen in den kommenden Jahren weiter steigen werden.

Aus unserer Sicht besteht zudem dringender Handlungsbedarf, die Umsetzung des Grundsatzes Rehabilitation vor Pflege aufgrund der wachsenden Zahl an Pflegebedürftigen und von pflege bedrohter Menschen sicherzustellen. Derzeit werden aufgrund von Schnittstellenproblemen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung Rehabilitationsmaßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit nicht im erforderlichen Maße erbracht. Hier muss die Schnittstelle zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung und Sozialer Pflegeversicherung derart gestaltet werden, dass die Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit durch medizinische Rehabilitation sich für alle beteiligten Kostenträger auch wirtschaftlich lohnt. Die konsequente Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ trägt dazu bei, dass ältere Menschen länger in der eigenen Wohnung bleiben können (s. 3.6).

Des Weiteren muss sichergestellt werden, dass der Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen sichergestellt ist und nicht unnötig erschwert wird. Zugangsbarrieren wie die Erfordernisse in der Rehabilitations-Richtlinie der Gesetzlichen Krankenversicherung, dass der Arzt vor der Verordnung einer Rehabilitationsmaßnahme

einen „Antrag auf den Antrag“ stellen muss sowie das Qualifizierungserfordernis des Arztes, müssen abgeschafft werden. Durch das Qualifizierungserfordernis ist der Zugang zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gefährdet, denn es kann den chronisch kranken und behinderten Versicherten nicht zugemutet werden, Erschwernisse wie eine lange Wegstrecke zu einem verordnungsberechtigten Arzt, der gleichzeitig für den Versicherten fremd ist, auf sich nehmen zu müssen. Zur Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen sollte zudem das Antragsverfahren zu medizinischen Rehabilitationsleistungen vereinheitlicht werden.

Eine weitere Zugangsbarriere im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation stellt das in § 40 Abs. 1 SGB V formulierte Stufenverhältnis dar. Hier muss sichergestellt werden, dass nicht alle ambulanten Krankenbehandlungen ausgeschöpft sein müssen, ehe eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme verordnet werden darf. Dieses oft fälschlicherweise verstandene Nachrangverhältnis der medizinischen Rehabilitation zu den übrigen Leistungen der Krankenbehandlung führt dazu, dass medizinische Rehabilitationsmaßnahmen nicht zum frühestmöglichen Zeitpunkt eingeleitet und ineffektiver Krankenbehandlungen durchgeführt werden.

D. Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011

Abschließend möchten wir auf das „Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011“ des Rheinisch-Westfälischen Institutes für Wirtschaftsforschung verweisen, das wir dieser Stellungnahme beifügen. Etliche Passagen aus dem „Fazit“ der Studie Seiten 74 ff. sowie aus dem verarbeiteten Datenmaterial scheinen uns geeignet, in einen Nationalen Aktionsplan aufgenommen zu werden.

Anlage