

## Parteien antworten - FDP

### Wahlprüfstein 1: Beratung von Menschen mit erworbenem Hirnschaden

- Wie wird „Neurokompetenz“ als spezifische Fachkompetenz seitens der Kostenträger in der Beratung von Menschen mit erworbenem Hirnschaden gesichert?

**Antwort:**

„Neurokompetenz“ ist der bewusste Einsatz von neurowissenschaftlichen Kenntnissen und klinischen Erfahrungen in allen an der Neurorehabilitation beteiligten Disziplinen in allen Phasen der neurologischen Rehabilitation. Wir Freie Demokraten setzen uns für eine ausgewogene Gewichtung der spezifischen Fachkompetenz „Neurokompetenz“ nach bundesweit einheitlichen, standardisierten Ausbildungsmodulen in der Pflegeausbildung ein.

- Wie wird diese Beratung finanziert?

**Antwort:**

Die Beratung wird durch die Versicherten finanziert. Es kann darüber nachgedacht werden, ob nicht ein zusätzlicher „Fonds Neurokompetenz“ zur Schulung der Neurokompetenz bereitgestellt wird.

- Wer haftet bei Fehlberatung i.R. der unabhängigen Beratung?

**Antwort:**

Aktuell haftet der Kostenträger bei Fehlberatung.

- Wie stellt sich die Politik vor, dass bereits in der Akutklinik die Planung der Teilhabe auch durch Beratung gesichert, finanziert und qualitativ gut zur Verfügung gestellt wird?

**Antwort:**

Für den Bereich Neuropädagogik gibt es bisher keine berufsspezifische Spezialisierung, geschweige denn einen eigenen Studiengang, sondern alle Beteiligten (Sachbearbeiter, Pflegepersonal, Heil-, Sonder-, und Sozialpädagogen) haben sich im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit gewissen Kompetenzen im Umgang mit Menschen mit erworbenem Hirnschaden quasi im „do it yourself“-Verfahren anzueignen. Standardisierte Ausbildungsmodule können helfen, die Qualifikation zu erhöhen. Dabei müssen die Zusatzkosten im Auge behalten werden.

## Wahlprüfstein 2: Bedarfsfeststellung für Menschen mit erworbenem Hirnschaden

- Wie wird sichergestellt, dass das Verfahren durch die Länder bundeseinheitlichen Kriterien entspricht?

### Antwort:

Die BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) empfiehlt in der Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess die Erstellung eines individuellen Teilhabeplans nach bestimmten Grundsätzen und Erfordernissen, darunter auch die Einbeziehung der bio-psycho-sozialen Aspekte im Sinne der ICF. Das und die Parameter Personenzentrierung, Partizipation und Sozialraumbezug sind entscheidende Kriterien einer zielorientierten Teilhabeplanung. Vieles hängt von der Fähigkeit zu Koordination und Kooperation der beteiligten Akteure ab.

- Folgt die Bedarfsfeststellung in Teilhabe- und Gesamtplanung dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF in allen Dimensionen? Auch in der Eingliederungshilfe?

### Antwort:

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) veröffentlichte 2006 ihren „ICF-Praxisleitfaden 1“, der wichtige Informationen und Grundlagen für die Vertragsärzte an der Schnittstelle zur Rehabilitation zur Verfügung stellt. Von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wird der ICF-Praxisleitfaden 1 als Basisliteratur im Rahmen des von der Rehabilitations-Richtlinie vorgesehenen Curriculums angegeben. 2008 folgte der „ICF-Praxisleitfaden 2“, der sich in erster Linie an die in Rehabilitationseinrichtungen tätigen Ärzte und Therapeuten wendet.

Die Orientierung an der ICF-Konzeption erscheint auch für die akut-medizinische Behandlung im Krankenhaus in vielen Fällen sinnvoll und hilfreich. Für diejenigen, die sich intensiver mit der Thematik auseinandersetzen möchten, verweist der Praxisleitfaden auf die jeweils ausführlicheren Passagen in den anderen ICF-Praxisleitfäden. Der Praxisleitfaden 3 soll hingegen in seiner knappen Form einen Einblick in die Bedeutung und praxisnahen Nutzungsmöglichkeiten der ICF in der akut-medizinischen Krankenhausbehandlung vermitteln. Dabei berücksichtigt er die notwendigen ICF-bezogenen Anforderungen und zeigt zukünftige Herausforderungen der weiteren Organisationsentwicklung von Akutkrankenhäusern auf.

- Werden soziale und kulturelle Aspekte in der Teilhabe- und Gesamtplanung berücksichtigt?

### Antwort:

Eine Berücksichtigung der kulturellen und sozialen Aspekte erscheint uns Freien Demokraten sinnvoll.

- Ist die Bedarfsfeststellung trägerübergreifend gültig und bindend?

### Antwort:

Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsleistungen) können gemäß SGB IX für Personen nur dann erbracht werden, wenn deren Eingebundensein in Lebensbereiche, wie Schul-/Ausbildung, Erwerbsleben oder Selbstversorgung, krankheitsbedingt bedroht oder bereits beeinträchtigt ist. Dieser Leistungsanspruch ist mit dem Teilhabeaspekt der ICF eng verbunden. Eine rein bio-medizinische Krankheitsbetrachtung (Diagnose und Befunde) kann Leistungen zur Teilhabe sozialrechtlich allein nicht ausreichend begründen. Zusätzlich sind die Krankheitsauswirkungen vor dem individuellen Hintergrund zu berücksichtigen (bio-

psycho-soziale Wechselwirkungen). Die Teilhabe muss hierdurch längerfristig beeinträchtigt oder zumindest bedroht sein.

- Warum gibt es keine unabhängige Schiedsstelle? Betroffene sind oftmals nicht in der Lage, einen langen Kampf für ihr Recht zu führen.

**Antwort:**

Eine unabhängige Schiedsstelle halten wir für geboten.

### **Wahlprüfstein 3: Fallbegleitung für Menschen mit erworbenem Hirnschaden**

- Wie wird im gegliederten Versorgungssystem diese Leistung der Fallbegleitung gewährleistet?

**Antwort:**

Wir Freie Demokraten fordern die konsequente Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland und deren ausdrückliche Erwähnung im Bundesteilhabegesetz. Die Rückkehr zu einem selbst bestimmten Leben in der „Mitte“ der Gesellschaft kommt für behinderte Menschen in der Praxis oft einem Pilgerschritt gleich: „Zwei Schritte vor, einen Schritt zurück“. Häufig stehen bei der Gewährung von Teilhabeleistungen objektive Kriterien im Vordergrund. Wer nach der Teilhabe behinderter Menschen fragt, muss schlicht auch deren subjektive Blickrichtung einnehmen. Die umgebenden Lebenskontexte, die individuelle Lage in solchen Kontexten und die eigenen Zukunftserwartungen sind wichtige Bestimmungsgrößen einer Teilhabeplanung.

- Wie wird Fallbegleitung mit medizinischer, neuropsychologischer, pflegerischer und sozialer Neurokompetenz ermöglicht?
- Wie wird die Fallbegleitung/das Fallmanagement („Kümmerer“) für den Einzelfall finanziert?

**Antwort:**

Diese beiden Fragen werden im Zusammenhang beantwortet.

Die Verhütung, Beseitigung oder Verminderung von z.B. Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit gelangt zunehmend mehr in den Fokus unseres sozialen Sicherungssystems. Dieses weist in Deutschland aufgrund seiner Gliederung zahlreiche Schnittstellen auf (vertragsärztliche Versorgung, akut-medizinische Krankenhausbehandlung, Rehabilitation, Pflege). Am Übergang zu anderen Versorgungsbereichen kommt es immer wieder zu Problemen. Eine allseits verständliche Terminologie könnte für sich allein gesehen schon dazu beitragen, diese Probleme zu vermindern. So ließe sich die Kommunikation sowohl zwischen behandelnden Ärzten, Pflegepersonal, Therapeuten, Verwaltung und Leistungsträger als auch unter den verschiedenen Leistungsträgern (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung etc.) sowie mit den Betroffenen verbessern. Es könnte die Transparenz, warum und welche Leistungen indiziert sind, gesteigert und damit die zielgerichtete und schnelle Zuweisung von Patienten zu erforderlichen Interventionen an die jeweils bestmögliche Stelle der Erbringung erleichtert werden. Eine solche „Sprache“ stellt die ICF zur Verfügung (2001), deren deutschsprachige Fassung im Jahr 2005 von der WHO verabschiedet wurde. Dem Krankenhausteam wird mit der ICF ein Instrument an die Hand gegeben, das ihnen ihre Rolle sowohl als Vertrauensperson des Patienten im Sinne eines persönlichen Beraters für die verschiedenen Teilhabebereiche als auch die des professionellen Partners der

jeweils anderen Gesundheitsberufe incl. des Vertragspartners der Kostenträger erleichtern soll.

- In den BAR-Empfehlungen zur Phase E ist ein neurokompetentes Fallmanagement als Leistung für MeH (und andere) vorgesehen. Wo sehen Sie die gesetzliche Grundlage dafür?
- Sind Sie bereit, eine klare gesetzliche Grundlage für das Fallmanagement als Leistung bei besonderen Problemlagen zu schaffen?

**Antwort:**

Das SGB IX schreibt vor, „dass die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den leistungsberechtigten Personen, die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen.“ Die Umsetzung dieser Pflicht regelt die Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess und macht sie damit transparenter. Es liegt im Interesse der Reha-Träger, ein sachgerechtes Reha-Konzept aufzustellen, eine Planung also, als Grundlage eines zukunftsorientierten, zielgerichteten Vorgehens. Denn planerisches Handeln impliziert auch immer ein Steuerungselement. Ein in die Zukunft gerichtetes Planen darf aber nicht bedeuten, dass der gesamte Reha-Prozess und besonders die damit verbundenen Ziele, in wesentlichen Zügen festgelegt werden, sozusagen in Stein gemeißelt sind. Individuelle Teilhabeplanung ordnet und ordnet zu, sie soll beim Durchblick helfen, bei der Festlegung wer was wann tun soll. Sie beschreibt Ausgangslagen, Ressourcen und Beeinträchtigungen, geplante sozialräumliche und professionelle Hilfen.

Eine sinnvolle Planung braucht Spielräume, Flexibilität und eine gute Portion kreativer Korrekturfähigkeit. Teilhabeplanung ist soziale Planung. Der Spielraum für personenzentrierte Entscheidungen ist durch die soziale Organisation, durch Leitbilder, Recht und Normen der Institutionen vorgegeben. So gesehen können nur die Institutionen, hier die Sozialversicherungsträger, rationales Handeln garantieren und auch das Ausmaß der zu konzipierenden Teilhabeplanung. Sie haben die Aufgabe, den Reha-Prozess zu beobachten und zu evaluieren, um so veränderten Sachlagen möglichst zügig zu entsprechen. Dabei steht die Teilhabeplanung als Instrument zur Erreichung einer einheitlichen Praxis der Feststellung und Durchführung der einzelnen Teilhabeleistungen innerhalb des gegliederten Systems der Rehabilitation immer auch in einem gesellschaftspolitischen Kontext.

Die wegen der Krankheitsfolgen erforderlichen Interventionen und Verlaufskontrollen müssen nicht nur in Zeiten gedeckelter Budgets möglichst zeitgerecht und ressourcenschonend bzw. optimal „gemanagt“ werden. Dafür bedarf es auch eines einheitlichen Begriffssystems. Die Verwendung einer „einheitlichen Sprache“ ermöglicht die allgemein verständliche Beschreibung krankheits- oder altersbedingter Einschränkungen der Funktionsfähigkeit eines Patienten.

## Wahlprüfstein 4: Regionale Angebote und Strukturen für Menschen mit erworbenem Hirnschaden

- Wie wird sichergestellt, dass in Kürze ein ausreichendes Angebot von mobiler und sonstiger ambulanter neurologischer Rehabilitation zur Verfügung steht, um Menschen mit schweren Hirnschädigungen in ihrem Lebensraum behandeln zu können?
- Ist vorgesehen, die medizinische Rehabilitation der verschiedenen Träger zu flexibilisieren, d.h. die Anwendungsmöglichkeiten vielfältiger und individueller zu gestalten? (Dies gilt bei Menschen mit erworbener Hirnschädigung in besonderem Maße für die gesetzliche Krankenversicherung, aber auch die gesetzliche Rentenversicherung).
- Wie soll nach Ihrer Meinung sichergestellt werden, dass in den Regionen familienentlastende Dienste und sonstige Hilfen, Tagesförderung, gegliederte Wohnangebote, spezifische Arbeitsangebote auf dem allgemeinen und besonderen Arbeitsmarkt für MeH verfügbar sind?
- Wie ist sichergestellt, dass in Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe bei Bedarf ein interdisziplinäres Team aus neurokompetenten Pädagogen, Pflegekräften, Psychologen, Therapeuten und Ärzten für MeH zur Verfügung steht?
- Wer trägt die Verantwortung für die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit, wenn im Einzelfall Strukturen und Angebote regional fehlen?
- Wer kontrolliert und sanktioniert - mit welchen Mitteln - die Leistungsträger, wenn sie in ihrer regionalen Planungs- und Leistungsverantwortung für MeH im Gesamten und im Einzelfall versagen?
- Warum sind z.B. die gemeinsamen regionalen Arbeitsgemeinschaften der Träger und der Landespolitik nach §12 (2) SGB IX (alt) für MeH bislang in keinem Land wirklich aktiv geworden?

### Antwort:

Zusammenfassende Antwort auf den Fragenkomplex Regionale Angebote und Strukturen für Menschen mit erworbenem Hirnschaden: Die regionalen Arbeitsgemeinschaften haben letztendlich zu wenig Einfluss auf die Kostenträger. Anzustreben wäre hier eine engere Vernetzung der Arbeitsgemeinschaften mit den Kostenträgern.

- Werden regionale Arbeitsgemeinschaften für die Gestaltung der Versorgung für MeH als geeignetes Mittel angesehen, um die regionalen Angebote für MeH zu planen und die Strukturverantwortung im Sinne Artikel 26 UN-BRK zu übernehmen. Welche Alternativen sehen Sie dazu?

### Antwort:

Die akutmedizinische Behandlung erfordert nicht selten die Einleitung von Leistungen zur Teilhabe und stellt somit auch die Schnittstelle zur Rehabilitation dar. Aus Sicht der Versorgungsforschung und der Gesundheitsökonomie (Kosten-Nutzen-Bewertung) ist ein Wandel in den Therapiezielen im Gang. So gewinnt die gesundheitsbezogene Lebensqualität als Outcome-Parameter ebenso wie die Bewertung von Behandlungsstrategien anhand des psychosozialen Funktionsniveaus eine immer größere Bedeutung. Die Berücksichtigung des psychosozialen Hilfebedarfs ist bereits heute schon in zunehmendem Maße Bestandteil von Zertifizierungen. Eine länderübergreifende Vernetzung aller Betroffenen wäre aus Sicht von uns Freien Demokraten wünschenswert.

- Es liegen zwei umfangreiche Ausarbeitungen zur Phase E der neurologischen Rehabilitation vor (BAR, 2013; DVfR, 2014). Wie wird nach Ihrer Meinung sichergestellt, dass beim Bedarfsfeststellungsverfahren auch solche Hilfen erfasst werden, die in der Region noch nicht vorhanden sind? Wie wollen Sie das konkret umsetzen?

**Antwort:**

Wir Freie Demokraten schlagen hier eine bessere Vernetzung der Kostenträger sowie Erhöhung der Transparenz vor.

## Wahlprüfstein 5: Kompetenz für die Versorgung von Menschen mit erworbenem Hirnschaden

- Wie wird sichergestellt, dass in den Bereichen der nachgehenden Versorgung die Besonderheiten der schweren erworbenen Hirnschädigungen kompetent, d.h. hinreichend qualifiziert berücksichtigt werden?

### **Antwort:**

Die individuelle Hilfeplanung verfolgt das Ziel der Selbstbestimmung und Teilhabe. Sie muss zum Ziel haben, eigene Ressourcen des Menschen mit Behinderung zu erkennen und in die Hilfestaltung einzubeziehen. Menschen mit Behinderungen dabei zu unterstützen, ihre Lebensläufe und Teilhabeziele möglichst in Bezug zu gesellschaftlichen Institutionen und Orten zu entfalten, ist eine zentrale Aufgabe. Schnellere Zuständigkeitsklärung und die gemeinsame und verbindliche Steuerung des Reha-Prozesses durch einen Teilhabeplan vermeiden unproduktive Zuständigkeitsstreitereien und Regressforderungen zwischen den Reha-Trägern. Das kann helfen, Ressourcen einzusparen und gleichzeitig die Teilhabeplanung zu optimieren. Positive Effekte sind dann: Verbesserte, effizientere und kostensparende Verfahrensabläufe zugunsten der leistungsberechtigten Menschen mit Behinderungen. Verfahren der Teilhabeplanung müssen per se schon durch ihren Bezug auf die Klärung von Leistungsansprüchen sehr formalisiert sein. Die Frage der Partizipation und Aspekte der gemeinsamen Entwicklung von individuellen Zukunftsperspektiven können dann schnell ins Hintertreffen geraten. Um eine „persönlichere Zukunftsplanung“ zu gewährleisten, könnten mit den Instrumenten „Beratung“ oder „Case Management“ wieder die Perspektive und Planung der Menschen mit Behinderung in den Vordergrund gerückt werden. Gleichzeitig kann ein Reha-Verfahren, das von einem Rehaträger als Fallmanager geführt wird, Doppelbegutachtungen, Fehlsteuerungen und Ausgaben für nicht bedarfsgerechte Maßnahmen vermeiden. Das Verfahren kann dann letztendlich zu einer Win-win-Situation für alle Beteiligten werden.

- Ist Ihnen bekannt, dass in jedem Jahr 50.000-70.000 Menschen jeden Alters eine schwergradige neue Hirnschädigung erleiden?

### **Antwort:**

Das ist uns bekannt. Legt man die Zahlen aller von einem Schädel-Hirn-Trauma Betroffenen zu Grunde, erhöht sich der Wert auf über 250 000 Menschen pro Jahr, davon 70 000 Kinder und Jugendliche.