

Parteien antworten - Die Linke

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?
- Wie wird diese Beratung finanziert?
- Wer haftet bei Fehlberatung i.R. der unabhängigen Beratung?
- 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:

Unabhängige neurokompetente Beratungs- und Informationsleistungen und Stützpunkte sollten im Rahmen einer qualifizierteren Versorgungsplanung eingerichtet und dauerhaft finanziert werden. Menschen mit erworbenem Hirnschaden (MEH) brauchen oft langwierige, lebenslange und kostenintensive Behandlungen und Therapien sowie Eingliederungsleistungen. Deshalb ist eine kostenträgerunabhängige Beratung für MEH und ihre Familien besonders wichtig. Unabhängige Beratung sollte regelhaft gefördert werden und auch von Leistungsträgern/-erbringern unabhängig sein. Betroffene und Ihre Familien sind oft Experten in eigener Sache. Ihre Selbsthilfeinitiativen und Selbstvertretungsorganisationen sollen aus Bundesmitteln gesichert werden. Zugleich müssen kommunale/regionale Beratungsstrukturen fachlich-medizinisch und sektorenübergreifend qualifiziert werden. Beratung aus einer Hand brauchen auch andere Menschen mit Behinderungen, Familien, die pflegen oder Menschen mit anderen Unterstützungsbedarfen. Hier könnten Ressourcen gebündelt und patientenorientiert qualifiziert werden. DIE LINKE setzt sich seit langem für Beratungsangebote nach dem peer-counseling-Prinzip für Teilhabeleistungen ein. Die Beratung muss barrierefrei, also auch in einfacher Sprache oder Gebärdensprache erfolgen. Es wird ein Rechtsanspruch für die unabhängige Beratung benötigt und die Finanzierung darf nicht bis 2022 befristet werden.

Zugleich ist in Akutkliniken und Rehabilitationseinrichtungen die Teilhabeorientierung in der Beratung und Therapie zu verbessern und das Entlassmanagement, insbesondere die Entlassungsberichte daraufhin auszurichten. Aufsuchende trägerübergreifende Beratungsangebote sind insbesondere im ländlichen Raum auszubauen.

Wahlprüfstein 2: Bedarfsfeststellung für Menschen mit erworbenem Hirnschaden

- Wie wird sichergestellt, dass das Verfahren durch die Länder bundeseinheitlichen Kriterien entspricht?
- Folgt die Bedarfsfeststellung in Teilhabe- und Gesamtplanung dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF in allen Dimensionen? Auch in der Eingliederungshilfe?
- Werden soziale und kulturelle Aspekte in der Teilhabe- und Gesamtplanung berücksichtigt?
- Ist die Bedarfsfeststellung trägerübergreifend gültig und bindend?
- Warum gibt es keine unabhängige Schiedsstelle? Betroffene sind oftmals nicht in der Lage, einen langen Kampf für ihr Recht zu führen.

Antwort:

DIE LINKE will volle und wirksame Teilhabe für alle Menschen mit Behinderungen. Deshalb haben wir die drohende Einschränkung des leistungsberechtigten Personenkreises für die Eingliederungshilfe im Bundesteilhabegesetz kritisiert. Aber auch nach den nun geltenden Regelungen wächst insbesondere für schwerstbeeinträchtigte Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen die Gefahr, in die Pflege „abgeschoben“ zu werden. Menschen mit erworbener Hirnschädigung (MeH) sind - unabhängig vom Schweregrad - behindert im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention und brauchen deshalb Zugang zu medizinischer und beruflicher Rehabilitation und zu bedarfsgerechten Teilhabeleistungen. In diesem Grundverständnis begrüßt DIE LINKE, dass Sinnesbehinderungen im Bundesteilhabegesetz im Behinderungsbegriff verankert wurden. Zentrale Forderung bleibt für uns jedoch der Anspruch auf bedarfsgerechte, einkommens- und vermögensunabhängige Teilhabeleistungen wie beispielsweise für persönliche Assistenz in allen Lebensbereichen sowie in jeder Lebenslage und -phase. Ebenso wird eine flächendeckende soziale und inklusiv ausgestaltete Infrastruktur mit umfassender Barrierefreiheit in allen gesellschaftlichen Bereichen benötigt.

Bundeseinheitliche Kriterien für die Bedarfsermittlung unterstützt DIE LINKE. Dabei ist entscheidend, dass diese vom wirklichen Bedarf der Menschen her entwickelt und nicht von bestehenden Angeboten oder Sparzwängen bestimmt werden. Der Bedarf ist daher zunächst unabhängig von Dienstleistungen und Angeboten zu ermitteln. In der Bedarfsfeststellung sollten auch besondere Unterstützungsleistungen für assistierende, betreuende und pflegende Angehörige erfasst werden. Die ICF-Orientierung muss in allen Rehabilitationsbereichen konsequent ausgestaltet sein. Insbesondere in der Eingliederungshilfe sind rehapsychologische Leistungsangebote auszuweiten. Zu den bundeseinheitlichen Kriterien gehört für DIE LINKE auch eine trägerübergreifende Verbindlichkeit des festgestellten Bedarfs. Wir befürworten eine Schiedsstellenregelung über die medizinische Rehabilitation hinaus auch im Rahmen der Teilhabeplanung.

Wahlprüfstein 3: Fallbegleitung für Menschen mit erworbenem Hirnschaden

- Wie wird im gegliederten Versorgungssystem diese Leistung der Fallbegleitung gewährleistet?
- Wie wird Fallbegleitung mit medizinischer, neuropsychologischer, pflegerischer und sozialer Neurokompetenz ermöglicht?
- Wie wird die Fallbegleitung/das Fallmanagement („Kümmerer“) für den Einzelfall finanziert?
- 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:

In der medizinischen Rehabilitation wird sich DIE LINKE verstärkt dafür einsetzen, sektorenübergreifende Versorgungskonzepte umzusetzen. Auch für eine bessere ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) sehen wir erheblichen Handlungsbedarf.

Neben der bundeseinheitlichen Bedarfsfeststellung sind für DIE LINKE bedarfsgerechte, einkommens- und vermögensunabhängige Teilhabeleistungen sowie ein trägerübergreifendes Fallmanagement wichtig. Dieses Fallmanagement soll auch die berufliche und soziale Teilhabe umfassen. Die Mitnahme von Assistenz muss in allen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, in allen Rehaeinrichtungen und allen beruflichen sowie Freizeitaktivitäten möglich sein. Das sogenannte Poolen der Leistungen lehnt DIE LINKE ab.

Neurokompetente Teilhabe- und Rehaerberater sollten die Betroffenen und ihre Familien von der Akutphase bis in die ambulante Versorgung kontinuierlich begleiten und extrabudgetär vergütet werden. Die Leistungsform des Persönlichen Budgets, einschließlich der Budgetassistenz wollen wir stärken. Ein neurokompetentes Fallmanagement als Leistung bei besonderen Problemlagen sollte im Sozialgesetzbuch IX ausgestaltet und in allen anderen Sozialgesetzbüchern entsprechend angepasst werden.

Für eine bedarfsdeckende Finanzierung reicht die Anhebung des Rehaeckels nicht aus. Wir wollen ihn aufheben und deshalb die Kranken- und Pflegeversicherung auf eine andere Finanzierungsgrundlage stellen. Unser Vorschlag ist die Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung. Alle - auch Beamte und Abgeordnete - zahlen entsprechend ihres tatsächlichen Einkommens und bezogen auf alle Einkommensarten, eingeschlossen Kapital- und Zinseinnahmen, ein. Die Beitragsbemessungsgrenze wird aufgehoben. Die Private Kranken- und Pflegeversicherung entfällt. So können die Versicherungsbeiträge in der Krankenversicherung sinken und gleichzeitig die Leistungen erweitert werden. In der Pflegeversicherung stünden bei gleichbleibendem Beitragssatz jährlich mindestens 12 Milliarden Euro mehr zur Verfügung. Spielräume entstehen auch durch unser Rentenkonzept. Wir wollen die Beitragsbemessungsgrenze vereinheitlichen, dann in mehreren Schritten drastisch anheben und schließlich aufheben. So entstehen auch Spielräume für die Rentenversicherung als Rehabilitationsträger.

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?
- 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?
- 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:

Mit der Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung können auch die Angebote an mobiler und sonstiger neurologischer Rehabilitation in der Fläche ausgebaut werden. Medizinische Rehaangebote können flexibilisiert und die Zahl der Ablehnungen drastisch reduziert werden. Wir wollen, dass medizinische Rehabilitationsleistungen und soziale Teilhabeleistungen kontinuierlich oder in Intervallen wieder genehmigt werden. Nicht die Kostenträger entscheiden, wann ein Mensch „ausreichend rehabilitiert und integriert“ ist.

DIE LINKE fordert auf Bundesebene die Schaffung von Rahmenbedingungen für einen inklusiven Arbeitsmarkt - so wenig Sonderarbeitswelten wie möglich; langfristige und bedarfsgerechte Förderprogramme zur Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen; die Erhöhung der Beschäftigungsquote auf sechs Prozent sowie die Anhebung der Ausgleichsabgabe; die Änderung der Arbeitsstättenverordnung zur Schaffung einer barrierefreien Arbeitsumwelt; den Ausbau von Inklusionsunternehmen und -abteilungen und die Verbesserung von Beratung und Vermittlung von Menschen mit Behinderungen durch die Bundesagentur für Arbeit.

Verbessert werden kann auch die Heil- und Hilfsmittelversorgung. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden sowie Podologinnen und Podologen brauchen eine bessere Vergütung ihrer Arbeit. DIE LINKE will deshalb die Grundlohnsummenbindung dauerhaft abschaffen und Vergütungssteigerungen vorschreiben. Wir wollen die Modellversuche zur Blanko-Verordnung in die Regelversorgung überführen und die Entscheidungskompetenz der Heilmittelerbringenden in der Wahl der Therapie erweitern. Eine direkte Versorgung der Versicherten durch Heilmittelerbringende ganz ohne ärztliche Verordnung wäre ein zeitgemäßes Thema für größere, zu evaluierende Modellversuche.

Familienentlastende Dienste und sonstige Hilfen, Tagesförderung und alternative Wohnangebote werden nur durch eine sozialräumliche Teilhabeplanung möglich. Daran sind alle beteiligten Akteure, vor allem jedoch auch die Bürgerinnen und Bürger, Heimbeiräte, Selbsthilfegruppen, Selbstvertretungsorganisationen und Sozialverbände wirksamer zu beteiligen. Das beginnt bei einer konsequent an der Versorgungsqualität orientierten Bedarfsplanung, die verbindlich umgesetzt werden muss. Die gemeinsamen regionalen Arbeitsgemeinschaften haben dafür weder Entscheidungs- noch Umsetzungsmacht.

Letztendlich müssen Länder und Kommunen jedoch ihrer Investitionsverantwortung auch wieder nachkommen (können). Denn sie tragen gemeinsam mit den Versicherungen die Verantwortung für die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit erforderlicher Leistungen. Dafür hat DIE LINKE mit der Vermögenssteuer, die vorwiegend den Ländern zugutekommt, einen Finanzierungsvorschlag unterbreitet.

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

Antwort:

Schwere erworbene Hirnschädigungen werden in der Nachsorge nicht ausreichend qualifiziert berücksichtigt, insbesondere im ländlichen Raum und im Versorgungsalltag. In der medizinischen und pflegerischen Ausbildung sowie in der hausärztlichen Versorgung brauchen diese Anforderungen einen größeren Stellenwert. Fort- und Weiterbildungen sollen deshalb auch in diesem Bereich gebührenfrei erfolgen. Versorgungszentren mit Neurokompetenz müssen fester Bestandteil regionaler Bedarfsplanung in den Landesgremien nach §90 SGB V, in den Landespflegekonferenzen und regionalen Pflegeausschüssen werden. Das ist angesichts der wachsenden Zahl von schwergradigen neuen Hirnschädigungen dringend geboten. Wir sehen insbesondere auch die Zunahme unter jungen Menschen mit großer Sorge.

DIE LINKE setzt sich deshalb auch für eine interdisziplinäre Ursachenforschung über die Zunahme der Erkrankungen mit dem Ziel ein, die Prävention zu verbessern. Dazu gehören für uns vor allem gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen. Arbeitsschutz- und Unfallschutzvorschriften sind wirksamer zu kontrollieren. Maßnahmen zur Senkung der Gewaltkriminalität sowie der Forderung nach Beendigung aller Militäreinsätze der Bundeswehr schließen wir ebenfalls ein.