

Parteien antworten - SPD

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:

Mit dem Bundesteilhabegesetz haben wir eine ergänzende unabhängige Beratung für Menschen mit Behinderungen eingeführt. Die unabhängige Teilhabeberatung stärkt im Rahmen des neuen Teilhabeplanverfahrens die Rechte der Betroffenen. Jeder einzelne Mensch mit Behinderungen wird dabei individuell betrachtet und die Unterstützungsleistungen nach dem genauen Bedarf im Teilhabeplan festgelegt.

Die Beratung verfolgt einen niedrigschwelligen Ansatz und soll daher im Sozialraum der ratsuchenden Menschen barrierefrei zur Verfügung stehen. Für Menschen mit besonderem Teilhabebedarf, wie z.B. Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen, sollen überregionale Beratungen angeboten werden. Um eine finanzielle Unabhängigkeit sicherzustellen, ist eine Bundesfinanzierung von jährlich rund 58 Mio. Euro auf der Grundlage einer Förderrichtlinie vorgesehen. Durch die Förderrichtlinie wird sichergestellt, dass für die Beratung nur Personen zugelassen werden, die über eine entsprechende Qualifikation verfügen. Zudem wird es eine Verpflichtung zur Weiterbildung geben.

Die SPD wird sich dafür einsetzen, dass Betroffene durch die Rehabilitationsträger künftig besser über ihren Anspruch auf Leistungen, die Potenziale von Prävention und Rehabilitation, ihre Wunsch- und Wahlrechte, Antragsverfahren, Bearbeitungsfristen und Widerspruchsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Rehabilitationsträger sollten Betroffene beim Antragsverfahren stärker als bisher aktiv unterstützen und feste telefonisch erreichbare Ansprechpartner benennen, die als verantwortliche Gesprächspartner transparent werden. Außerdem sollten sie ihre Beratungskräfte so schulen, dass sie befähigt sind, mit Blick auf die spezifischen Angebote der unterschiedlichen Sozialleistungsträger zu beraten. Die Verpflichtung der Reha-Träger zu einer umfassenden Beratung soll zukünftig auch die Bereitstellung von vernetzten Ansprechstellen, in denen trägerübergreifend zu allen Reha-Angeboten beraten wird, beinhalten.

Die Ärzteschaft ist für die Einleitung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen verantwortlich. Daher fordern wir insbesondere die Ärztekammern auf, zu prüfen, ob der Rehabilitation in den Weiterbildungsordnungen ein größerer Stellenwert eingeräumt werden muss. Außerdem sind die Kassenärztlichen Vereinigungen fortgesetzt dazu angehalten, für die Teilnahme an Fortbildungen zu werben, wie in der Reha-Richtlinie bereits vereinbart. Auch das Personal in nichtärztlichen Gesundheitsberufen muss befähigt werden, Reha-Bedarfe zu erkennen.

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:

Für Menschen mit Behinderungen, die Leistungen von verschiedenen Trägern benötigen, gab es bisher einige Schwierigkeiten: Insbesondere hat sich in der Praxis kein von allen Trägern einvernehmlich praktiziertes Bedarfsfeststellungs- und Planungsverfahren etabliert, obwohl die Verpflichtung dazu für alle Rehabilitationsträger seit 2001 im SGB IX festgelegt ist. Durch das Bundesteilhabegesetz werden nun die Regelungen zur Zuständigkeit und zur Einführung eines trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens für alle Rehabilitationsträger ohne Ausnahme ausgestaltet. Sind mehrere Rehabilitationsträger beteiligt oder werden unterschiedliche Leistungen beantragt, ist das Verfahren der Bedarfsfeststellung künftig für alle Reha-Träger verbindlich vorgeschrieben. Das ist die Grundvoraussetzung für Leistungen wie aus einer Hand. Mit Zustimmung der Leistungsberechtigten werden zukünftig Fallkonferenzen durchgeführt, auf denen der individuelle Unterstützungsbedarf der Antragstellenden beraten wird. Damit stärken wir die Partizipation der Betroffenen im Verfahren. Zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs sieht das BTHG Grundsätze vor, die für alle Rehabilitationsträger gelten.

Um den Bedarfen bestimmter Personengruppen gerecht zu werden, müssen flexible und vielfältige Angebote zur Verfügung stehen. Die Grundlage hierfür bildet ein einheitliches, an der ICF orientiertes, trägerübergreifendes Bedarfsfeststellungsverfahren. Diese notwendige frühzeitige und umfassende Gesamtbedarfsfeststellung bedarf einer regelmäßigen Überprüfung sowie gegebenenfalls der Anpassung an sich verändernde Bedarfslagen. Vorgänge der Rehabilitation sind gemäß einer personenzentrierten Sichtweise nicht ohne das soziale Umfeld des Betroffenen denkbar. Die persönlichen Lebensverhältnisse einschließlich Familie und Ausbildungs- oder Arbeitgeber sind daher aus Sicht der SPD stets mit einzubeziehen.

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:

Für Menschen mit Hirnschädigungen ist die Gewährleistung einer längerfristigen Begleitung in vielen Fällen unabdingbar. Mit dem BTHG wird die Zusammenarbeit der Reha-Träger gestärkt. Bei trägerübergreifenden Leistungen ist ein Reha-Träger als „leistender Träger“ zuständig. Dieser Träger ist auch der kontinuierliche Ansprechpartner für den Betroffenen und muss koordinieren, dass die verschiedenen Leistungen der Reha-Träger nahtlos ineinandergreifen. Dabei soll mit dem neuen Teilhabeplanverfahren ein trägerübergreifendes Fallmanagement erreicht werden. Der „leistende Träger“ sollte dem Betroffenen eine feste Ansprechperson benennen. Außerdem sollte der Träger eine langfristige Begleitung des Betroffenen gewährleisten. Ergänzend zu dem Fallmanagement der Reha-Träger werden auf Basis des BTHG unabhängige Beratungsstellen aufgebaut. Sollte sich die Teilhabeberatung bewähren, muss über eine Weiterentwicklung und qualitative Ausweitung diskutiert werden. Eine solche Weiterentwicklung könnte beispielsweise in einer unabhängigen, durchgehenden Fallbegleitung münden.

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:

Das Portfolio von Angeboten der medizinischen Versorgung für Menschen mit Hirnschädigungen ist vielfältig und reicht von der ambulanten Heilmittelerbringung bis zur stationären neurologischen Intensivbetreuung. Die Versorgungsstrukturen in Stadt und Land - ob ambulant oder auch stationär - stehen seit Jahren im Fokus vielfältiger Maßnahmen zur Versorgungssicherung. Allein in der 18. Legislaturperiode haben wir der Frage der ambulanten Versorgung unser umfangreichstes Gesetzgebungsverfahren gewidmet. Der Gemeinsame Bundesausschuss wurde beispielsweise damit beauftragt, die Bedarfsplanungsrichtlinie zu überarbeiten, um die Versorgungssituation in vielen Regionen perspektivisch auch in Facharztgruppen zu verbessern, die einen Beitrag zur Versorgung von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen leisten. Darüber hinaus haben wir Strukturreformen zur Stärkung der Heilmittelerbringer ergriffen. Derzeit wird beispielsweise erprobt, ob mittels Blankoverordnung für Heilmittelerbringer mehr Patientenorientierung in die Behandlung Einzug halten kann. Wir haben demnach verschiedenste Leistungsangebote für Patientinnen und Patienten in den Blick genommen, die letztlich auch Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen zugutekommen.

Zur Frage der grundsätzlichen Stärkung der medizinischen Rehabilitation hat erst jüngst unsere Fraktion im Deutschen Bundestag ein Positionspapier mit dem Titel Handlungsfeld Rehabilitation beschlossen. Es nimmt trägerübergreifend zentrale Fragen der Versorgung mit medizinischer Rehabilitation in den Blick. Sie finden das Papier auf der Website der SPD-Bundestagsfraktion: <http://www.spdfraktion.de/veroeffentlichungen>.

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:

Wir haben die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Formen von neurologischen Schädigungen, gleich jedweder Ursache, beständig im Blick. Die Versorgung der Menschen mit Behinderung durch erworbene Hirnschädigung und chronische neurologische Erkrankung ist nach dem Übergang aus der Erstversorgung in das Lebens- und Arbeitsumfeld ausbaufähig. Der Bedarf an speziellen Angeboten für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen wird aber zunehmend von Werkstätten, ambulanten Dienste und Wohneinrichtungen erkannt. Die medizinische Rehabilitation muss aber noch stärker auf die berufliche Situation des Versicherten ausgerichtet werden und dazu besser mit der beruflichen Rehabilitation verzahnt werden. Deshalb setzen wir uns dafür ein, dass die berufliche Orientierung und arbeitstherapeutische Ansätze noch stärker bei der medizinischen Rehabilitation in den Blick genommen werden und sich medizinische und berufliche Rehabilitation besser vernetzen. Es gilt, lange Wartezeiten zwischen Ende der medizinischen und Beginn der beruflichen Rehabilitation zu vermeiden. Dazu gehört auch eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Nachsorgeinfrastruktur. Ziel muss sein, fließende Übergänge zu schaffen.