

Apl. Prof. Dr. med. Andreas Zieger, CvO Universität Oldenburg, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Stellungnahme zur Podiumsdiskussion zum Entwurf des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) am 10. August 2016 in Westerstede

Dank für die Einladung

Ich spreche hier

- als Arzt, Hochschullehrer und Wissenschaftler, mit langjähriger Erfahrung in der Versorgung, Nachsorge und Teilhabe von Menschen mit Hirnschädigung und neurologischer Behinderung
- als Mitinitiator von „Regionales Netzwerkes Nachsorge und Teilhabe für Menschen mit erworbener Hirnschädigung und neurologischer Behinderung Oldenburg und Umgebung“.

Bundesweit gelten etwa 800.000-1 Mio. Menschen als neurologisch behindert, davon etwa 17.000 in der Nordwestregion Niedersachsen, davon 2000-5000 mit komplexem Bedarf an Nachsorge und Teilhabe nach stationärer Rehabilitation.

Nach den Ergebnissen einer bundesweiten Befragung (aus dem Jahr 2015) von Menschen mit erlittener Hirnschädigung sind 89% mit der Nachsorge und Teilhabe unzufrieden!

Ich möchte etwas sagen

1. zu Hintergründen und zur Bedeutung des Bundesteilhabegesetzes und
2. zu Kritikpunkten am Gesetzentwurf, wie sie den Stellungnahmen von 86 Verbänden und Behindertenorganisationen im Internet zu entnehmen sind.

Mein Vorschlag für die Podiumsdiskussion heute ist

- gemeinsam Verbesserungsvorschläge und Forderungen für das parlamentarischen Verfahren des Gesetzentwurfes zu entwickeln und den Parteienvertretern mit auf den Weg zu geben.

1.) Hintergründe und Bedeutung des Bundesteilhabegesetzes

Das Bundesteilhabegesetz ist aus drei Gründen notwendig:

Erstens, um die menschenrechtlichen Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention in deutsches Teilhaberecht zu überführen und die Rechte der Behinderten in Deutschland zu stärken.

Als bundeseinheitliche Grundlage gilt dabei das Verständnis und die Begrifflichkeit der ICF (die Internationalen Klassifikation der Funktionsstörung, Behinderung und Gesundheit). Damit hat sich Wandel des Behinderungsbegriffs vom defizitären Modell zum Menschenrechtsmodell vollzogen: Behinderung ist das Nichtgelingen der Interaktion zwischen Individuum und Umwelt in Folge einer nicht hinreichend inklusiven Gesellschaft!

Zweitens, um die Eingliederungshilfe aus dem Fürsorgesystem herauszulösen und einen Wechsel vom Fürsorge- zum Teilhabesystem zu vollziehen, der, wie von der Bundesregierung verkündet, „volle und wirksame Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an der Gesellschaft“ ermöglicht.

Drittens, um das seit 2001 gültige Sozialgesetzbuch IX „Rehabilitation und Teilhabe“ als verbindliches Leitgesetz weiterzuentwickeln. Dieses Sozialgesetzbuch wurde seinerzeit ohne nähere gesetzgeberische Bestimmungen der Selbstverwaltung überlassen und ist bis heute nicht wirklich umgesetzt. Mit dem Bundesteilhabegesetz soll nun das bisher getrennte Teilhabe- und Behindertenrecht SGB IX und SGB XII zu einem Sozialgesetzbuch zusammengefasst und im Sinne eines „modernen Teilhaberechts“ ausgestaltet werden.

Das Bundesteilhabegesetz ist ein Maßstab dafür, ob staatliches Handeln heute auf die seit Ende des 19. Jahrhunderts bestehende „Soziale Frage“ angemessene Antworten geben und die Ungleichheit Behinderter gegenüber Nichtbehinderten überwinden kann.

Den 86 Stellungnahmen von Verbänden und Behindertenorganisation zu dem Gesetzentwurf sind neben ernsthaften Kritikpunkten auch konstruktive Verbesserungsvorschläge und Forderungen zu entnehmen.

Ich werde diese hier nicht wissenschaftlich analysieren, sondern mich aus Zeitgründen auf Teil 1 und Teil 2 des Gesetzentwurfes beschränken und auf einige systematische und strukturelle Mängel eingehen, die die Medizinische Rehabilitation und Eingliederungshilfe betreffen.

Abschließend werden einige Forderungen für das parlamentarische Verfahren erhoben.

2.) Zur Kritik am Gesetzentwurf

Von den 8 Mio. Behinderten in Deutschland, davon 6,5 Mio. Schwerbehinderte, davon zweidrittel über 65 Jahre, werden an das Bundesteilhabegesetz hohe Erwartungen gestellt.

Nach Auffassung vieler Verbände und Experten bringt der vorliegende Gesetzentwurf sowohl Verbesserungen als auch Verschlechterungen mit sich.

Es bestehen ernsthafte Zweifel an dem Versprechen von mehr Selbstbestimmung und dem Ziel der „vollen und wirksamen Teilhabe an der Gemeinschaft“.

Die Kritik der Aktivisten jedenfalls reicht von „Flickenteppich“ und „Spargesetz“ über „verstetigte Ungerechtigkeit“ bis hin zu „Ausgrenzung statt Teilhabe“.

Dass es dennoch konkrete, positive Bewertungen gibt, möchte ich an fünf Beispielen aufzeigen:

1. das Einkommen und Vermögen von Partnerinnen und Partnern von Menschen mit Behinderungen wird nicht mehr angerechnet,

2. mit dem Budget für Arbeit wird ein bundesweites gültiges Instrument eingeführt und der Weg von der Werkstatt in den inklusiven Arbeitsmarkt gefördert,
3. es gibt Lohnerstattungsanreize für Arbeitgeber bei der Einstellung von Menschen mit Behinderung,
4. Menschen mit Behinderung müssen nur noch einen einzigen Antrag stellen, der dann das Prüf- und Entscheidungsverfahren für Rehabilitation, Teilhabe und Eingliederungshilfe in Gang bringt; dazu gehört auch die individuelle Beratung und Bedarfsfeststellung im Teilhabeplanverfahren unter Beteiligung der Betroffenen.

Jetzt zu einigen systematischen und strukturellen Mängeln, die Medizinische Rehabilitation und die Eingliederungshilfe betreffend:

1. Das neue menschenrechtliche und soziale Verständnis von Behinderung der UN-BRK und ICF wird im Gesetzentwurf nicht durchgängig umgesetzt. Eine prinzipielle Bewußtseinsänderung steht im Gesetz noch aus. Hintergründig wird Behinderung immer noch als defizitäre oder untüchtige Abweichung des Menschseins verstanden und nicht als Ausdruck menschlicher Vielfalt.
2. Es wird kein bundesweites einheitliches Teilhaberecht geschaffen, weil für die Teilhabeleistungen aller Rehabilitationsträger nicht das SGB IX einheitlich und verbindlich angewendet wird, weil die trägerübergreifenden Grundsätze der Bedarfsermittlung im Gesetz nicht konkret und verbindlich verankert sind (§13), nämlich durch klare Bezugnahme auf das biopsychosoziale Modell der ICF und auf die Kriterien des Gesamtplanverfahrens (§117), weil die wichtige Klarstellung fehlt, dass die Instrumente der Bedarfsermittlung (§118) auch für die Eingliederungshilfe gelten, weil keine verbindliche Vorgaben für die trägerübergreifende Koordinierung von Leistungen, z.B. durch Gemeinsame Empfehlungen, festgelegt sind und das Koordinierungsverfahren uneinheitlich, kompliziert und begrifflich unklar geregelt ist (§15-20) und weil die Leistungsvergabe von länderrechtlichen Einzelbestimmungen und Finanzierungsvorbehalten abhängig bleiben. Es kann somit in Deutschland zu 16 unterschiedlichen Regelungen kommen.. Das alles erhöht die Unsicherheit und Streit anfälligkeit des Reha-Rechts für die Träger untereinander wie für Menschen mit Behinderungen im Umgang mit den Behörden und Kostenträgern.
3. Der Wechsel vom Fürsorge- zum Teilhabesystem ist nicht durchgängig vollzogen, wenn Eingliederungshilfebedürftigen Teilhabeleistungen gewährt, Pflegeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aber verwehrt werden. Pflegekassen sind im Gesetz keine Träger von Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation und Teilhabe pflegebedürftiger Menschen mit Behinderung, obwohl diese Menschen, gerade im Alter, häufig rehabilitative Pflege und Teilhabe benötigen.

Besonders inakzeptabel ist

1. die Beibehaltung der Einkommens- und Vermögensanrechnung für Menschen mit Behinderungen, anstatt deren vollständige Aufhebung (nicht nur deren stufenweise Verringerung bis zum Jahr 2020). Dies stellt eine gravierende Ungleichbehandlung Behinderter gegenüber Nichtbehinderten dar.
2. die für bisher Leistungsberechtigten zu erwartenden Leistungseinbußen, Schlechterstellung und Benachteiligungen, wegen der Einschränkung des leistungsberechtigten Personenkreises (§99). Denn als Leistungsberechtigte werden jetzt nur noch diejenigen anerkannt, deren Beeinträchtigung Folge einer Schädigung der Körperfunktion und –strukturen ist; Menschen mit seelischer, geistiger oder Sinnesbeeinträchtigung werden ausgeschlossen.
3. dass Menschen nur dann als „erheblich behindert“ gelten, wenn sie in fünf Lebensbereichen (nach der ICF) beeinträchtigt sind (oder in drei, wenn personelle und/oder technische Assistenz erforderlich ist), um als „erheblich behindert“ anerkannt zu werden und damit Leistungsansprüche geltend machen zu können (§99):

Das Ermessenskriterium „erhebliche Behinderung“ ist nicht sachgerecht, weil die ICF kein quantitatives Erhebungsinstrument (Assessment) der Lebensbereiche darstellt, sondern ein qualitatives Bewertungsinstrument von Beeinträchtigungen und Unterstützungsbedarfen. Die Bewertung der Lebensbereiche und Unterstützungsbedarfe erfolgt im Rahmen des individuellen Bedarfsfeststellungs- und Teilhabeplanverfahrens (§§ 117ff.) und bedarf vorab keiner gesetzlichen Vorgabe. Es fehlt stattdessen im Gesamtplanverfahren eine Regelung für den gesetzlichen Anspruch auf koordinierende und begleitende Leistungen im Sinne eines individuellen Fallmanagements.

Ferner ist zu bemängeln

4. dass die Leistungen der Eingliederungshilfe im Vergleich zum alten Recht und zum Ziel der Teilhabe (nach §4 SGB IX), nämlich auch bei *drohender* Behinderung und zur *Vermeidung* von Behinderung zu gelten, im Gesetzentwurf r nicht mehr gelten werden (§90 in Verbindung mit § 7(2) SGB IX), Im neuen Gesetz ist auch nicht festgelegt, dass von der Eingliederungshilfe alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (nach §26 SGB IXalt bzw. §42 SGB IXneu) übernommen werden. Die Leistungen der Eingliederungshilfe sind demnach auch hier künftig reduziert.
Wobei dann der Vorrang von Leistungen der Pflegekasse vor Leistungen der Eingliederungshilfe zusätzlich besonders schwerst- und mehrfach behinderte Menschen treffen würde, die alltäglich auf interdisziplinäre Teambetreuung und auf komplexe Hilfen für Rehabilitation, Pflege und Eingliederungshilfe gleichzeitig angewiesen sind. Sie könnten künftig auf Pflegeeinrichtungen verwiesen werden, was den Grundsatz „ambulant vor stationär“ aushöhlt.

Zum Abschluß fünf Forderungen an das parlamentarische Verfahren

- 1.) Der Gesetzentwurf ist durchgängig in allen Teilen einheitlich zu gestalten entsprechend dem menschenrechtlichen Behinderungsbegriff und den Vorgaben der UN-BRK.
- 2.) Das SGB IX ist in allen seinen Teilen für alle Träger der Rehabilitation und Eingliederungshilfe durchgängig ICF-orientiert zu gestalten und mit verbindlichen Vorgaben und Bestimmungen trägerübergreifend einheitlich zu regeln.
- 3.) Einschränkungen des leistungsberechtigten Personenkreises, Leistungseinschränkungen, Leistungslücken und Leistungsverschlechterungen müssen vermieden und aufgehoben werden.
- 4.) Für alle Leistungsberechtigte ist die Gleichrangigkeit von Leistungen zur Eingliederungshilfe, Pflege und medizinischen Rehabilitation zu sichern, insbesondere für alte, chronisch kranke, schwerst- und mehrfachbehinderte Menschen.
- 5.) Alle Ziele, Maßnahmen und „neuralgische Punkte“ des Gesetzes sollen von einem Monitoring umfasst und die tatsächlich erreichte Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger mit geeigneten Instrumenten sollen evaluiert werden. Verbände und Menschen mit Behinderungen als „Experten in eigener Sache“ sind in den Monitoring- und Evaluationsprozess einzubeziehen. Die Ergebnisse sind zu veröffentlichen.

Ich danke für ihre Aufmerksamkeit!

Privatanschrift:

Prof. Dr. Andreas Zieger
Ziegelhofstr. 57
26121 Oldenburg

a.zieger@t-online.de
www.a-zieger.de