

Gesundheit:

Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):

Ich möchte gern an die Frage anknüpfen. Es gibt gerade bei den Menschen mit anerkanntem Aufenthaltsstatus sehr viele Menschen mit seelischer Behinderung, auch aufgrund von Traumaerfahrungen in ihrem Herkunftsland oder aufgrund von Foltererfahrungen. Ich habe dazu in der letzten Wahlperiode eine kleine Anfrage gestellt. Damals wurde deutlich, dass die Bundesregierung, was die Versorgung dieser Personengruppe angeht, über keinerlei Zahlen verfügte, vor allen Dingen auch nicht darüber, ob ihnen Möglichkeiten der muttersprachlichen Beratung und natürlich auch der Therapie zur Verfügung standen. Daraus habe ich abgeleitet, dass man dringend eine Untersuchung einleiten sollte, um zu schauen, wo es Handlungsbedarf gibt, um dann eine konkrete Grundlage zu haben. Würden Sie diese Sicht der Dinge teilen, und was gedenken Sie dann zu tun?

Gabriele Lösekrug-Möller, Parl. Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Arbeit und Soziales: Ich ermuntere Sie ausdrücklich, möglicherweise noch einmal in dieser Hinsicht zu fragen. Wir sind uns einig, dass gerade der Personenkreis mit zum Beispiel Posttraumatischen Belastungsstörungen ein Personenkreis ist, der ganz besonderer Hilfe bedarf; das gilt nicht nur für den Personenkreis mit dem Status, den Sie gerade angesprochen haben, sondern grundsätzlich. In den letzten Jahren hat sich nicht nur bei der Diagnose, sondern insbesondere bei der Therapie viel getan. Wir wissen, dass wir nicht nur für den hier angesprochenen Personenkreis, sondern grundsätzlich noch viel tun müssen, um insgesamt zu einer adäquaten Leistung zu kommen. Davon profitiert dann auch der von Ihnen genannte Personenkreis. Ich bin mir sicher, dass wir genau diese Fragestellung erörtern werden. Letzten Endes wird die Leistung aber auch im Zusammenhang mit einer Krankenversicherung noch einmal zu erörtern sein.

Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):

Ich habe eine Nachfrage zur „Initiative Inklusion“. Inwieweit werden dort Menschen mit seelischer Behinderung einbezogen? Haben Sie dazu Zahlen? Haben Sie vor, das auch in den regulären Arbeitsmarktinstrumenten verstärkt vorzusehen?

Gabriele Lösekrug-Möller, Parl. Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Arbeit und Soziales: Auch darauf antworte ich gerne, wobei ich sagen muss, dass ich die Zahlen nicht im Kopf habe. Ich kann sie aber gerne schriftlich nachliefern. Grundsätzlich muss man sehen, dass wir mit unseren Instrumente Menschen mit Behinderung nicht ausschließen wollen; wir wollen ihnen und auch unserem Arbeitsmarkt vielmehr die Möglichkeit geben, sozusagen inklusiver zu werden. Erlauben Sie mir, dass ich das schriftlich nachliefern. Denn ich denke, Sie wollen verlässliche Zahlen haben, und wir haben ein Interesse, sie zu liefern.

der Parl. Staatssekretärin Ingrid Fischbach auf die Frage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) (Drucksache 18/814, Frage 60):

Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Umsetzung der Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention zur Vermeidung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen?

Die UN-Behindertenkonvention enthält keine ausdrücklichen Vorgaben zur Vermeidung ärztlicher Zwangsmaßnahmen.

In Art. 25 der UN-Behindertenrechtskonvention ist die Verpflichtung vorgesehen, dass auch Menschen mit Behinderungen in eine Behandlung nach vorheriger Aufklärung frei einwilligen sollen. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu Zwangsbehandlungen im Maßregelvollzug darf auch ein Einwilligungsunfähiger über das Ob und Wie einer Behandlung, der er unterzogen wird, grundsätzlich nicht im Unklaren gelassen werden. Vor diesem Hintergrund sieht §

630 e Abs. 5 BGB vor, dass auch der einwilligungsunfähige Patient in das Behandlungsgeschehen einzubeziehen ist. Ihm sind entsprechend seinem Verständnis die wesentlichen Umstände der vorgesehenen Maßnahme zu erläutern, soweit er aufgrund seines Entwicklungszustandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft.

Darüber hinaus enthält Art. 14 „Freiheit und Sicherheit der Person“ der UN-Behindertenkonvention Vorgaben zum Freiheitsentzug von Menschen mit Behinderungen.

Diese Vorgaben sind bundesrechtlich umgesetzt.

Die zwangsweise Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt gegen den Willen des Betroffenen greift in dessen Grundrecht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG ein. Sie stellt eine Freiheitsentziehung dar, über die grundsätzlich ein Richter zu entscheiden hat. Erfolgt eine Unterbringung im Eilfall ohne richterliche Anordnung, ist unverzüglich eine richterliche Entscheidung über die weitere Freiheitsentziehung herbeizuführen (Art. 104 Abs. 2 Satz 1, 2 GG).

Als Möglichkeiten freiheitsentziehender Unterbringung kommen insbesondere die zivilrechtliche und die öffentlich-rechtliche Unterbringung in Betracht. Die zivilrechtliche Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit einer Freiheitsentziehung verbunden ist, ist gemäß § 1906 Abs. 1 BGB nur unter engen Voraussetzungen zulässig, beispielsweise bei Eigengefährdung. Sie bedarf darüber hinaus grundsätzlich der Genehmigung des Betreuungsgerichts (§ 1906 Abs. 2 BGB).

Im Übrigen gilt, dass für die Durchführung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung ebenso wie für das Recht der ärztlichen Berufsausübung die Länder zuständig sind.

der Parl. Staatssekretärin Ingrid Fischbach auf die Frage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) (Drucksache 18/814, Frage 61):

Wann und wie wird die Bundesregierung die im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD angekündigten medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung einführen?

Es ist beabsichtigt, eine Gesetzesänderung für die im Koalitionsvertrag vorgesehene Regelung zu Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen noch in diesem Jahr einzuleiten. Wie im Koalitionsvertrag vorgesehen, wird sich die geplante Regelung an der für sozialpädiatrische Zentren geltenden Vorschrift des § 119 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch orientieren.

der Parl. Staatssekretärin Ingrid Fischbach auf die Frage der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) (Drucksache 18/814, Frage 64):

Plant die Bundesregierung – wie von der Allianz der deutschen Nichtregierungsorganisationen in ihrem Bericht zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland gefordert – eine Stärkung des Rechts auf gleichgeschlechtliche Pflege, oder aus welchen Gründen hält sie die bestehenden Vorschriften für ausreichend?

Die Belange geschlechtsspezifischer Unterschiede sind durch den Wortlaut des Elften Buches Sozialgesetzbuch, SGB XI, Soziale Pflegeversicherung, insbesondere durch die Regelungen in §§ 2 und 11 bereits ausreichend berücksichtigt. Danach haben die Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege, ob in der ambulanten oder stationären Pflege, nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden. Dort ist auch ausdrücklich verankert, dass den Pflegebedürftigen so zu helfen ist, dass sie trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges Leben führen können, das der Würde des Menschen entspricht. Die Pflegeeinrichtungen haben sicherzustellen, dass Inhalt und Organisation eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde gewährleisten. Die gesetzlichen Regelungen im SGB XI sind insgesamt geeignet, geschlechtsspezifischen Bedürfnissen Rechnung zu tragen.

der Parl. Staatssekretärin Ingrid Fischbach auf die Frage der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) (Drucksache 18/814, Frage 65):

Was plant die Bundesregierung zur Verbesserung der teilhabeorientierten Versorgung von Menschen mit Behinderung mit Heil- und Hilfsmitteln, oder aus welchen Gründen hält sie die bestehenden Vorschriften für ausreichend?

Aufgrund der im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung bestehenden Vorschriften haben Versicherte einen umfassenden Anspruch auf die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. Umfasst ist die Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder durch Rechtsverordnung ausgeschlossen sind. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch sowie die zur Vermeidung unvermeidbarer gesundheitlicher Risiken erforderlichen Wartungen und technischen Kontrollen.

Auch die Versorgung mit Heilmitteln ist umfassend. Sie werden von der Krankenkasse geleistet, wenn Heilmittel notwendig sind, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Zu den Heilmitteln gehören Maßnahmen der physikalischen Therapie – zum Beispiel Krankengymnastik –, der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der podologischen Therapie. Die Versorgung mit Heilmitteln muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Im Koalitionsvertrag ist für Arznei- und Heilmittel vorgesehen, dass die heutigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen bis Ende 2014 durch regionale Vereinbarungen von Krankenkassen und kassenärztlicher Selbstverwaltung ersetzt werden. Unberechtigte Regressforderungen bei Retaxationen gegenüber Heilmittelerbringern sollen unterbunden werden.

der Parl. Staatssekretärin Ingrid Fischbach auf die Frage der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) (Drucksache 18/814, Frage 58):

Welche Verantwortung tragen die Krankenversicherungsträger im trägerübergreifenden Rehabilitationsprozess, und in welchem Umfang werden sie dieser nach Ansicht der Bundesregierung gerecht?

Die gesetzlichen Krankenkassen erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn die Leistungen medizinisch erforderlich sind und keine anderen Rehabilitationsträger wie etwa Träger der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung vorrangig zuständig sind. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist es wichtig, dass die erforderlichen Leistungen möglichst nahtlos ineinander greifen. Nach Durchführung einer medizinischen Rehabilitation können zum Beispiel weiterführende Maßnahmen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges wie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft angezeigt sein, für die die Krankenkassen als Rehabilitationsträger nicht zuständig sind. Um ein nahtloses Ineinandergreifen zu ermöglichen, sieht das für die Rehabilitationsträger übergreifend geltende Recht, das Neunte Buch Sozialgesetzbuch, den Abschluss gemeinsamer Empfehlungen der Rehabilitationsträger der verschiedenen Sozialleistungsbereiche vor. Es soll eine Koordinierung und ein Zusammenwirken der Leistungen erreicht werden.

Derzeit wird auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation eine Gemeinsame Empfehlung zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe überarbeitet. Die Gemeinsame

Empfehlung fasst die bisherigen Gemeinsamen Empfehlungen „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“, „Frühzeitige Bedarfserkennung“, „Teilhabeplan“ und „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation“ zusammen.

der Parl. Staatssekretärin Ingrid Fischbach auf die Frage der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) (Drucksache 18/814, Frage 59):

Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung, insbesondere hinsichtlich der Barrierefreiheit und der Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten, zu beheben, und welche Maßnahmen wird sie dazu ergreifen?

Zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention hat die Bundesregierung bereits in der letzten Legislaturperiode einen Nationalen Aktionsplan beschlossen. Dieser sieht unter anderem vor, dass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit, der Bundesärztekammer und den Verbänden behinderter Menschen ein Konzept zur Sensibilisierung des medizinischen Personals für die Belange behinderter Frauen und Männer erarbeitet und umsetzt. Außerdem sieht der Aktionsplan vor, dass die Bundesregierung gemeinsam mit der Ärzteschaft ein Gesamtkonzept vorlegt, das dafür Sorge trägt, dass in den nächsten zehn Jahren weitere Arztpraxen barrierefrei zugänglich werden.

Derzeit prüft die Bundesregierung, welche Anreize gesetzt werden können, um die Anzahl barrierefreier Einrichtungen zu erhöhen. Infrage kommen günstige Kreditbedingungen oder andere Formen der Förderung. Die im Einzelnen zuständigen Fachressorts befinden sich hierzu im Dialog und werden zeitnah Ergebnisse vorlegen.

der Parl. Staatssekretärin Ingrid Fischbach auf die Frage des Abgeordneten Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) (Drucksache 18/814, Frage 62):

Was wird die Bundesregierung zur Stärkung der gemeindenahen Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen unternehmen, oder aus welchen Gründen hält sie die bestehenden Vorschriften für ausreichend?

Die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen ist ein wichtiges gesundheitspolitisches Anliegen. Zur weiteren Verbesserung der Versorgungslage werden die Vorschriften stetig weiterentwickelt. Daher sieht der Koalitionsvertrag für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen vor, medizinische Behandlungszentren analog zu den sozialpädiatrischen Zentren zur (zahn-)medizinischen Behandlung (neuer § 119 c Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V) zu schaffen. Dies wird das Versorgungsangebot für Menschen mit Behinderung weiter verbessern.

Die kassenärztlichen Vereinigungen haben den Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung. Hierzu gehört insbesondere auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung fachärztlicher Versorgung, die auch den Belangen von Menschen mit Behinderung ausreichend Rechnung tragen muss. In diesem Sinne schreibt auch die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vor, dass zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung behinderter Menschen bei der Bedarfsplanung vor allem im Hinblick auf Neuzulassungen die Barrierefreiheit besonders zu beachten ist (vergleiche § 4 Abs. 1 Satz 3 BPL-RL).

der Parl. Staatssekretärin Ingrid Fischbach auf die Frage des Abgeordneten Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) (Drucksache 18/814, Frage 63):

Wie stellt die Bundesregierung sicher, dass im Zuge der Erarbeitung des Bundesteilhabegesetzes und der gleichzeitigen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs keine neuen Verwerfungen zulasten der Leistungsbezieher entstehen?

Die Bundesregierung wird im Rahmen der regierungsinternen Abstimmung der angeführten Reformvorhaben dafür Sorge tragen, dass keine Verwerfungen zulasten der Leistungsbezieher entstehen.