

Rede des Vorsitzenden des Sprecherrates des DBR, Minister a. D. Walter Hirrlinger

Agenda 2010 aus Sicht von chronisch Kranken und behinderten Menschen

Sehr geehrte Frau Ministerin,
sehr geehrte Abgeordnete,
meine sehr geehrten Damen und Herren,

die Agenda 2010 beherrscht nach wie vor die Diskussionen in den Behindertenverbänden. Während in der letzten Legislaturperiode des Bundestages der Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik eingeläutet wurde, entsteht zwischenzeitlich der Eindruck, dass die Grundsätze des Sozialgesetzbuches IX ausgehöhlt oder verändert werden könnten.

Denn in § 1 des SGB IX ist ausdrücklich die Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft apostrophiert worden. Aber der Gesetzgeber hat im SGB IX das Leistungsrecht der Menschen mit Behinderungen zusammenfassen wollen, ohne das gegliederte System der sozialen Sicherung in Deutschland dem Grunde nach zu verändern. Bei der Anwendung des SGB IX ist also vorab stets zu prüfen, ob nicht für die Rehabilitationsträger spezifische Bestimmungen hinsichtlich Gegenstand, Umfang und Ausführung der Leistungen vorhanden sind. Erst danach gelten die allgemeinen Regelungen des SGB IX.

Insoweit muss die Frage gestattet sein, inwieweit Teile der Agenda 2010 zugleich zu einer Einschränkung der Leistungen und damit des Geistes des SGB IX führen könnten und inwieweit Maßnahmen der Agenda 2010 Leistungen des SGB IX konterkarieren. Gegenwärtig bewegt Hartz IV immer noch die Gemüter. Denn Verlierer von Hartz IV sind auch Arbeitslose, die wegen Krankheit, Schwerbehinderung und Alter nur schwer vermittelbar sind. Die Absenkung des Arbeitslosengeldes II auf Sozialhilfeniveau anstelle der Arbeitslosenhilfe kann im Einzelfall zu Härten führen, nachdem die Arbeitslosenhilfe-Empfänger schließlich Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt haben. Hartz IV ist u. a. die staatliche Reaktion auf die Tatsache, dass die Firmen in den letzten Jahren zunehmend immer mehr langjährige Beschäftigte, gut verdienende ältere Mitarbeiter gekündigt haben und kündigen. Hartz IV trifft also auch den Facharbeiter, der dreißig Jahre lang Beiträge in die Arbeitslosenversicherung gezahlt hat. Hartz IV trifft den Angestellten, der 30 Jahre hinterm Ladentisch gestanden und für ein sorgenfreies Alter viel von seinem Gehalt für eine Lebensversicherung abgeknapst hat. Fast 400.000 ältere Langzeitarbeitslose, darunter viele Schwerbehinderte, werden von der Hartz IV-Reform härter getroffen als erwartet. Auch sie müssen bei der Umstellung auf Arbeitslosengeld II mit Einbußen rechnen, obwohl sie im Vertrauen auf gleichbleibend hohe Hilfen ihren Ausstieg aus dem Arbeitsmarkt erklärt hatten. Die Betroffenen hatten die sogenannte 58er-Regelung unterzeichnet. Diese sieht vor, dass Arbeitslose, die 58 Jahre und älter sind, dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung stehen müssen, gleichwohl aber bis zur Rente ohne Abschläge Arbeitslosengeld oder -hilfe erhalten. Mit dieser Vereinbarung wurde die Arbeitslosenstatistik bereinigt und wurden Arbeitsvermittler entlastet.

Schon vor Inkrafttreten von Hartz IV wird deutlich, dass die Grundsicherung für Arbeitslose und das SGB IX nicht aufeinander abgestimmt sind. Jetzt rächt sich, dass die Behindertenverbände an der Gesetzgebung so gut wie nicht beteiligt wurden.

Beispiel Werkstätten: Mehr denn je werden Menschen mit geistigen oder psychischen Behinderungen sich genau überlegen müssen, ob Sie eine Teilhabe am ersten Arbeitsmarkt

2

anstreben oder lieber einen Platz in einer Werkstatt beantragen. Durch das SGB II werden den Betroffenen eine ganze Reihe von zusätzlichen Pflichten auferlegt. Sie müssen jede zumutbare Arbeit annehmen. Tun sie dies nicht, wird das Arbeitslosengeld II abgesenkt. Die Leistungen zur Unterstützung und Förderung bleiben aber Ermessensleistungen. Viel wird davon abhängen, wie die Bundesagentur für Arbeit in Zukunft mit diesen Mitteln umgeht. Es ist zu befürchten, dass der bisherige Trend weitergeht, Leistungen auf die leichter vermittelbaren Fälle zu konzentrieren. Insbesondere werden in Zukunft alle Anstrengungen auf die Vermittlung von ALG-I-Empfängern gerichtet sein, um die Strafzahlungen zu vermeiden. Schwer vermittelbare Personen drohen an den Rand gedrängt zu werden. Ohne Aussicht auf Vermittlung werden sich die Betroffenen verstärkt um eine Aufnahme in eine Werkstatt bemühen. Die Idee der Teilhabe und der Vorrang des ersten Arbeitsmarktes werden damit konterkariert.

Völlig offen ist auch, wie die bis zu 69 Kommunen, die von der Optionsregelung Gebrauch machen, die Leistungen zur Teilhabe handhaben. Dort liegt keinerlei Erfahrung in diesem Bereich vor.

Anderes Problem!

90 Prozent der Sozialhilfeempfänger in den Altenheimen werden ab dem 01. Januar 2005 ein Drittel weniger Taschengeld erhalten. Die Hartz IV-Gesetze und die Änderungen im Sozialhilferecht legen nämlich fest, dass der sogenannte Zusatzbarbetrag gestrichen wird. Statt 133 Euro bekommt der Altenheimbewohner künftig 89,70 Euro pro Monat. Zumindest trifft dies auf alle ab 2005 in ein Wohnheim aufgenommene Bewohner zu. Von dieser Summe müssen neben Hygieneartikeln oder Friseurbesuch auch die 10 Euro Praxisgebühr beim Arzt und vor allem die Kosten für die nicht verschreibungspflichtigen Medikamente bezahlt werden.

Andererseits kostet Hartz IV die Krankenkassen mehr Geld. Nach Berechnungen der AOK Baden-Württemberg summieren sich die Zusatzbelastungen der Kassen durch diese Reform auf rund 650 Millionen Euro pro Jahr. Damit wird ihr Spielraum für Beitragssenkungen geringer. Die Mehrausgaben der Krankenkassen entstehen, weil die Arbeitsagenturen für rund 400.000 erwerbsfähige Sozialhilfeempfänger nur noch einen Pauschalbetrag von 125 Euro pro Versichertem im Monat überweisen. Die tatsächlichen Ausgaben seien jedoch doppelt so hoch, erklärt die AOK. Bisher erstatteten die Kommunen als Sozialhilfeträger die vollen Kosten. Die Kosten aus der Deckungslücke müssen nunmehr auf alle Versicherten umgelegt werden.

Hartz IV hat auch Auswirkungen auf rentenrechtliche Ansprüche der künftigen Arbeitslosengeldbezieher. Sie sind künftig rentenversicherungspflichtig. Bisher berechneten die Arbeitsämter die Rentenbeiträge für Arbeitslosenhilfebezieher nach dem individuell gezahlten Betrag und führten die Beiträge an die Rentenversicherer ab. Ab Januar 2005 wird für alle Empfänger von Arbeitslosengeld II ohne Rücksicht auf die tatsächliche Höhe der Leistung ein einheitlicher Verdienst von 400 Euro monatlich zugrunde gelegt. Sie werden rentenrechtlich so gestellt, als würden sie einen 400-Euro-Job ausüben. Die Rentensteigerung verlagert sich nach unten.

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz hat massive Belastungen für die Menschen gebracht. Jung und gesund erhält Beitragsnachlässe, weil sie gegenwärtig keine Behandlung brauchen,

3

aber chronisch kranke, behinderte und ältere Menschen sollen die Zeche bezahlen. Denn es erfolgt eine Anhebung der Selbstbeteiligung durch Verschärfung der Zuzahlungen. Dabei ist jede Einzelmaßnahme diskussionswürdig. Aber die Summe der Einschnitte, die Kumulation, bringt die Betroffenen fast zur Verzweiflung.

Die Krankenkassen haben ihren Überschuss im Januar 2004 gepriesen. Das ist verständlich, nachdem sie jahrelang das Gegenteil verkünden mussten. Nun können sie ihre Schulden begleichen und Beiträge senken. Das war und ist Ziel der Politik. Wenn man jedoch berücksichtigt, dass Fahrtkosten und nicht-verschreibungspflichtige Medikamente ausgegrenzt wurden, die viele gesundheitlich Betroffene so nötig haben wie das tägliche Brot und die chronisch kranke Menschen mit niedrigen Einkommen nicht mehr zahlen können, dann ist dies die Kehrseite der Medaille. Das trifft insbesondere Heimbewohner hart, die sich aus ihrem Taschengeld diese Arzneimittel nicht mehr leisten können.

Denn die Kosten für die ausgegrenzten Leistungen fallen nicht unter die Belastungsgrenze von einem oder zwei Prozent. Sie müssen zusätzlich in unbegrenzter Höhe übernommen werden. Hier stimmt die soziale Balance nicht mehr, hat man sich von dem Grundsatz, dass allen Menschen unabhängig von Krankheit oder Einkommen die notwendigen medizinischen Leistungen zustehen, endgültig verabschiedet. Deshalb muss dringend umgesteuert werden.

Angesichts dieser Entwicklungen fällt es schwer, ein Gutes in der Reform der Krankenversicherung zu erkennen. Doch zweifelsohne ist die Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss und mit Abstrichen auch in den Ländern ein wichtiger und richtiger Schritt. Die Patientenbeteiligung hat zu mehr Transparenz und zu einer Verbreiterung der Diskussionen über die Ziele und Möglichkeiten des Gesundheitssystems geführt. Ob dies allerdings tatsächlich zu einer stärkeren Orientierung des Gesundheitssystems am Bedarf chronisch kranker und behinderter Menschen führt, wie es sich der Sachverständigenrat erhofft hat, ist längst nicht ausgemacht. Der Erfolg dieses Instrument hängt nicht zuletzt auch davon ab, dass die Patientenvertreter und ihre Organisationen in die Lage versetzt werden, auf Augenhöhe zu verhandeln und die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu gestalten. Wer will, dass gerade ehrenamtliche Patientenvertreterinnen und -vertreter auf Augenhöhe mit den gut organisierten und professionellen Akteuren im Gesundheitswesen verhandeln, der muss die Voraussetzungen dafür schaffen. Betroffenenkompetenz muss durch System- und Verfahrenkenntnisse ergänzt werden. Zudem kann das Aktionsbündnis Deutscher Behindertenrat die hochkomplexen Koordinations- und Benennungsaufgaben – zur Zeit sind annähernd 300 ständige und themenbezogene Vertreter im Einsatz – auf Dauer nicht gewährleisten. Wir appellieren an Sie, Frau Ministerin, durch finanzielle Unterstützung der Koordinierung und Schulung diese Voraussetzungen zu schaffen.

Eines aber ist sicher:

Wenn wir den Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik fortsetzen wollen, dann müssen wir das SGB IX zu einem Leistungsgesetz weiterentwickeln. Die Eingliederungshilfe muss aus dem Sozialhilferecht ausgegliedert und in ein Leistungsgesetz umgesetzt werden. Die Finanzierung eines solchen Gesetzes sollte zu je einem Drittel von Bund, Ländern und Gemeinden erfolgen. Erst dann wird es zu einem tatsächlichen Paradigmenwechsel kommen.

4

Aber das reicht nicht. Das Ineinandergreifen von Akutversorgung und medizinischer und beruflicher Rehabilitation funktioniert vielfach nicht vernünftig. Immer noch gibt es zu viele Zeitabstände zwischen Akutversorgung und medizinischer Rehabilitation, was zur Folge hat, dass der größtmögliche Effekt für den Patienten nicht gesichert werden kann. Darunter leidet einerseits die Lebensqualität der Betroffenen. Andererseits ist dies volkswirtschaftlich unverantwortlich. Menschlich gesehen ist das eine Katastrophe.

Geändert werden kann dies durch eine bessere Verzahnung. Dabei kommt der sozialmedizinischen Begutachtung eine wichtige Rolle zu. Denn in einem sachgerechten und am Patienten orientierten Gutachten liegt ein maßgeblicher Schlüssel zum Erfolg.

Natürlich müssen auch die Leistungsträger, Krankenkassen und Rentenversicherungsträger, dabei mitwirken. Dadurch könnte die Landschaft verändert werden und würde die Schnittstellenproblematik eingeschränkt.

Nur wenn wir die Gesundheitsvorsorge ausbauen, Prävention und Rehabilitation einen anderen Stellenwert bekommen, spricht alles dafür, dass die Menschen länger gesünder bleiben und sogar Kosten gespart werden können. Fromme Wünsche und Appelle reichen aber nicht aus. Beispiel Osteoporose: Wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beschließt, dass eine Knochendichtemessung nur dann von den Kassen bezahlt wird, wenn bereits ein Bruch stattgefunden hat, so zeigt das, wie viel an Bewusstseinswandel noch nötig ist.

Und wir brauchen ein Antidiskriminierungsgesetz, das Diskriminierungen im privaten Rechtsverkehr unterbindet. In den Koalitionsvereinbarungen von 1998 und 2002 wurde es uns versprochen, doch bis heute liegt kein Gesetzentwurf vor. Es ist schon ein peinlicher Vorgang, dass die EU-Kommission ein Vertragsverletzungsverfahren gegen Deutschland eingeleitet hat, weil die Frist zur Umsetzung der entsprechenden EU-Richtlinien längst überschritten wurde. Wir fordern die Bundesregierung auf, Ihre Zusage endlich umzusetzen und einen Gesetzentwurf einzubringen. Der uns bekannt gewordene Referentenentwurf vom Mai dieses Jahres ist jedenfalls völlig ungeeignet und verringert eher den Schutz vor Diskriminierung als dass er ihn verbessert.

Der Presse war zu entnehmen, dass die Fraktionen jetzt die Angelegenheit in die Hand genommen und sich auf einen Gesetzentwurf verständigt haben. Der Mai-Entwurf scheint vom Tisch zu sein. Es bleibt abzuwarten, welche Regelungen der Entwurf konkret enthält. Wir fordern die Bundesregierung auf, die Organisationen behinderter Menschen an der Gesetzgebung zu beteiligen, wie dies in der Vergangenheit der Fall war. Im Sinne eines „Bombenwurfs“ die Betroffenen vor vollendete Tatsachen zu stellen, dient niemandem.

Lassen Sie mich abschließend deutlich feststellen: Behinderte Menschen und chronisch Kranke dürfen nicht als Objekt betrachtet werden, denen eine edle Guttat des Staates zuteil wird. Chancengleichheit bedeutet nämlich Beteiligung, um damit wirklich Chancen zu

schaffen. Dazu gehört nicht zuletzt die mentale Veränderung in den Köpfen der Menschen. Nur wenn es gelingt, die Teilhabe in den Köpfen aller zustande zu bringen, wird es zu jenen Änderungen kommen, die wir brauchen. Denn behinderte Menschen sind Menschen wie Du

5

und ich. Sie am Rehabilitationsprozess selbst zu beteiligen, muss für uns unumkehrbar gemacht werden. Nur so kann das Credo der Zukunft aussehen!

Wenn ein solcher Weg gegangen wird, gibt es mehr Integration statt Isolation und damit auch mehr Menschlichkeit in unserer Gesellschaft. An dieser Aufgabe sollten wir uns messen lassen!

Vielen Dank.

- Es gilt das gesprochene Wort. -