

Die BDH-Sozialagenda





Wir haben die Solidarität nicht erfunden. Aber wir leben sie. Seit 1920.

Der BDH Bundesverband Rehabilitation e.V. ist der gemeinnützige Sozialverband mit Fachkliniken für Neurologie und NeuroRehabilitation. Als Selbsthilfe-, Behinderten- und Sozialverband bietet der BDH seinen Mitgliedern Beratung und juristische Vertretung. In Dachverbänden und Gremienarbeit gestaltet der BDH die deutsche Sozialpolitik aktiv mit.

In seinen Kliniken bietet der BDH hochwertige und zukunftsweisende Akut- und Intensivmedizin, Frührehabilitation, Anschlussrehabilitation und medizinisch-berufliche Rehabilitation an. Alle BDH-Kliniken sind der Werteorientierung und dem Leitbild eines der ältesten Sozialverbände Deutschlands aus Überzeugung verpflichtet.

Der deutsche Sozialstaat mit seiner öffentlichen Daseinsfürsorge und seinen leistungsfähigen, ausdifferenzierten Sozialversicherungen ist eine der größten politischen Errungenschaften der deutschen Geschichte und trägt zu Frieden und Sicherheit bei.

Die im Grundgesetz angelegte Kombination aus Sozialstaat, Rechtsstaat und Demokratie gilt es gegen antidemokratische und extremistische Kräfte zu verteidigen. Nur in einem Miteinander von staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren, Verbänden, gesellschaftlichen Initiativen und ehrenamtlichem Engagement sind die komplexen Anforderungen zu bewältigen.

Jahrzehntelang hat sich die Finanzierung des deutschen Sozialsystems durch das Umlageverfahren bewährt und eine verlässliche Refinanzierung der sozialen Sicherung gewährleistet. Dieses Umlagesystem stößt vor allem aufgrund des demografischen Wandels und Veränderungen der Arbeitswelt an Grenzen. Rund ein Viertel des gesamten Bundeshaushaltes fließt mittlerweile in die Sozialversicherung.

Aber der Sozialstaat ist in der Krise. Die öffentlichen Haushalte sind immer mehr am finanziellen Limit, die sozialen Sicherungsnetze weisen immer größere Lücken auf, prekäre Beschäftigungsverhältnisse, insbesondere auch von ausländischen Beschäftigten im deutschen Niedriglohnsektor nehmen zu. Die Situation der von Krankheit und Behinderung direkt betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen ist bedrohlich. Solidarität wird mehr und mehr zu einem politischen Schlagwort und weniger tatsächlich gelebt.

Das Abschmelzen sozialstaatlicher Garantien lässt viele Menschen an der Verlässlichkeit des Sozialstaats zweifeln. Soziale Spaltung und erschwerte Teilhabe bedrohen grundlegende Konzepte von Solidarität und Gerechtigkeit. Aus der Sicht des BDH muss jetzt ein grundsätzliches Umdenken und Gegensteuern erfolgen, um den sozialen Zusammenhalt, der nicht zuletzt auf einem gesellschaftlichen Konsens über Werte wie Gerechtigkeit, Sicherheit und Solidarität beruht, zu erhalten. Dies wird nur gelingen, wenn sich das Sozialversicherungssystem künftig wieder stärker an den tatsächlichen Ressourcen und den Bedürfnissen der Bürgerinnen und Bürger ausrichtet.

1. Rehabilitation

Rehabilitation ist ein Menschenrecht, lohnt sich und muss auskömmlich finanziert werden!

Der BDH setzt sich im Einklang mit Artikel 26 der UN-Behindertenrechtskonvention für umfassende Rehabilitation auf den Gebieten der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der sozialen Teilhabe ein. Rehabilitation ist ein Menschenrecht und umfassend zu gewähren.

Medizinische Rehabilitation ist von herausragender Bedeutung für unsere Gesellschaft und senkt die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung. Wir fordern deshalb, dass Rehabilitationskliniken endlich ausreichend finanziert werden und dass die überragende medizinische und volkswirtschaftliche Bedeutung von Rehabilitation gesellschaftlich breit anerkannt wird.

Das gilt nicht nur für die medizinische, sondern auch für die berufliche Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben erst wieder ermöglicht. Ohne die Hochleistungsmedizin der Akuthäuser würden viele Patientinnen und Patienten nicht mehr leben. Ohne adäquate Rehabilitationsmaßnahme ist das Ergebnis aber oft der Verlust der Selbstständigkeit und die Abhängigkeit von Pflege. Eine Gesellschaft, die sich zur Spitzenmedizin bekennt, muss auch „ja“ zur Rehabilitation sagen!

Zugang zu Rehabilitation muss einfacher werden

Trotz des rechtlich verankerten Anspruchs auf Rehabilitationsleistungen steht anders als bei anderen Gesundheitsleistungen vor der Rehabilitation ein Antragsverfahren, das ohne aktive fachliche Unterstützung für die

Versicherten kaum zu leisten ist. Den Weg in die Rehabilitation über ein Widerspruchsverfahren beschreitet kaum jemand. Rund jeder sechste Reha-Antrag wird von den Kostenträgern abgelehnt. Demgegenüber hat mehr als jeder zweite Widerspruch Erfolg. Wir fordern einen leichteren Zugang zu Rehabilitationsleistungen durch gesetzliche Stärkung der Patientenrechte und durch verstärkten Wettbewerb der GKV untereinander.

Wegfall des Genehmigungsvorbehalts bei Rehabilitation

Zugang zu medizinischer Rehabilitation sollte für alle Indikationen ohne ressourcenintensives Antragsverfahren möglich sein. Wir fordern, dass bei der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfes die Einschätzung der beantragenden bzw. verordnenden Ärztinnen und Ärzte maßgeblich ist.

Die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach §13 SGB IX ist für den gesamten weiteren Rehabilitationsprozess von herausragender Bedeutung. Sie ist die Grundlage für die Entscheidung über den Antrag, insbesondere hinsichtlich der Beurteilung von Gegenstand, Umfang und Ausführung der bedarfsgerechten Leistung (§ 25 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX). Dabei besteht ein Ungleichgewicht zwischen den ärztlichen Befundberichten aus den Krankenhäusern und von Niedergelassenen auf der einen Seite und den sozialmedizinisch beratenden Ärztinnen und Ärzten der Rehabilitationsträger auf der anderen Seite. Wir fordern deshalb einen Wegfall des Genehmigungsvorbehalts für die neurologische Rehabilitation.

Überwindung von Sektorengrenzen im Gesundheitssystem

Menschen mit schwerer Erkrankung benötigen nach der akuten Krankenhausbehandlung oftmals schnelle weitere Behandlung oder Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Unfallversicherungsträger. Ein nahtloser Übergang scheitert für den Patienten heute in vielen Fällen am Zuständigkeitswirrwarr, die Kostendeckung für die Leistungserbringer ist nicht gegeben. Der BDH fordert einen schnellen Übergang durch die gegenseitige Anerkennung der festgestellten medizinischen Probleme der Patienten. Mit dieser Anerkennung muss auch die Kostenfolge einhergehen, damit weder Patienten, noch Leistungserbringer in die Lücke zwischen den Zuständigkeiten fallen.

Nicht die Krankenkassen oder die Rentenversicherung sollten Reha-Maßnahmen genehmigen, sondern die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Je größer der finanzielle Druck ist, der auf einem Kostenträger lastet, desto häufiger werden Rehaanträge zum Schaden der Erkrankten und der Solidargemeinschaft abgelehnt. Vor allem Krankenkassen haben keinen unmittelbaren monetären Anreiz, Pflege zu vermeiden, da die Pflegeleistungen aus dem Budget der Pflegeversicherungen und nicht aus der Krankenversicherung finanziert werden. Daran hat auch das Krankenhausstrukturgesetz mit der sogenannten Anschlussversorgung nach Krankenhausaufenthalt aus dem Budget der Krankenkassen nicht viel geändert. Vor allem dann, wenn bereits Pflegebedürftigkeit besteht, wird eine stationäre Rehabilitationsleistung nur selten genehmigt. Wir fordern deshalb die überfällige Überwindung von Sektorengrenzen im Gesundheitssystem.

Altersdiskriminierung bei der Rehabilitation beenden

Ältere Schlaganfallpatienten gehen nicht selten an der Rehabilitation vorbei direkt in die Pflege. Das widerspricht dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ (§31 SGB XI). Ältere, neurologisch kranke Menschen werden häufig in die geriatrische Reha gedrängt, weil diese günstiger ist. Insbesondere bei neurologisch Erkrankten führt dies häufig zu einer medizinisch nicht ausreichenden rehabilitativen Versorgung. Auch in der medizinisch-beruflichen Rehabilitation gibt es eine negative Korrelation zwischen Rehabilitationsdauer und Alter. Wir fordern unabhängig vom Alter eine fachlich einwandfreie (neuro-)rehabilitative Behandlung für Betroffene.

Das medizinische und rehabilitative System zukunftsfest machen!

Aufgrund des demographischen Wandels nehmen neurologische Erkrankungen in Deutschland und Europa weiter zu. Durch Fortschritte in der genetischen und neurowissenschaftlichen Grundlagenforschung und eine verbesserte Intensivmedizin werden viele neurologische Erkrankungen besser behandelbar sein und immer mehr Menschen medizinische Katastrophen überleben. Entsprechend gehören neurologisch bedingte Behinderungen zu den führenden Ursachen für erworbene Behinderungen und betreffen immer mehr Menschen in unserer Gesellschaft. Sie stellen häufig eine starke Einschränkung im Alltag und eine erhebliche Belastung für die Betroffenen und ihre Angehörigen bzw. Pflegenden dar. Defizite können verschiedene Körperfunktionen wie das Bewusstsein, die Wahrnehmung, Kognition, Emotion, Sprache, das Schlucken, die Atmung, Kopf-, Rumpf- und Gliedma-

ßenbewegungen, motorische Kontrolle und Koordination betreffen, sowie somatosensible, sexuelle, Blasen- oder Darmkontrolldefizite verursachen. All das kann die Autonomie limitieren und soziale Aktivitäten in Familie, Schule oder Beruf, Gesellschaft und Freizeit und damit die Lebensqualität einschränken und zu entsprechendem Pflegebedarf führen.

Von der Frührehabilitation bis zur wohnortnahen lebenslangen Nachsorge bedarf es individuell oftmals einer umfassenden und längerfristigen rehabilitativen Behandlung. Dafür ist eine intersektoral vernetzt arbeitende Versorgungskette erforderlich. Sie reicht von der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation über die neurologische Rehabilitation der Phasen C und D bis hin zur langfristigen multiprofessionellen regionalen und ambulanten rehabilitativen Versorgung. Dazu tragen neben den entsprechenden Fachabteilungen in den Akutkrankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen gerade auch die neurologischen Fachkliniken bei, die oftmals ein breites Versorgungsangebot von der Beatmungsentwöhnung bis zur Anschlussrehabilitation in spezifisch für diese Versorgung konzipierten Einrichtungen ermöglichen.

Das System der Neurorehabilitation ist für die skizzierten Aufgaben nicht ausreichend gerüstet, bestehende Strukturen sind sogar in ihrem Fortbestand gefährdet. Wir fordern einen klaren gesundheitspolitischen Fokus mit dem Ziel einer besseren neurorehabilitativ-transsektoral arbeitenden Krankheitsversorgung und eine stärkere Verankerung von Neurorehabilitation in den Ausbildungen. Wir fordern mehr Forschung zur neurologischen Rehabilitation, auch um techno-

logische Innovation und Digitalisierung für Betroffene nutzbar zu machen, neue Versorgungsformen zu entwickeln und die Prävention neurologischer Erkrankungen zu verbessern.

Schnittstellenprobleme abbauen, Rehakette ausbauen!

Die ambulante Versorgung nach der stationären Rehabilitation muss verbessert werden. Es gibt kaum Empfehlungen zur ambulanten rehabilitativen Weiterbehandlung und zur weiteren medizinischen Versorgung. Das gilt vor allem auch für Menschen, die schwerkrank aus der Frühreha entlassen werden. Wir fordern eine Etablierung ambulanter multiprofessioneller Teams für Neurorehabilitation, u.a. für die Schwerpunkte Förderung alltagsrelevanter kommunikativer, kognitiver und motorischer Kompetenzen, adäquater Therapie bei psychischen Belastungen, Trachealkanülenversorgung und Dysphagietherapie sowie Inkontinenzmanagement. Dazu bedarf es neuer Versorgungs- und Vergütungsstrukturen. Hierzu gehört auch eine flächendeckende Integration von Case-Managern- und -Managerinnen mit entsprechender medizinischer und rehabilitativer Qualifikation.

Pflege stärken. Rehabilitation braucht Pflegekräfte!

Wir fordern ein echtes Kostendeckungsprinzip für das Gesundheitssystem. Nur wenn die Personalkosten erstattet werden, gibt es die Möglichkeit, mehr Pflegenden zu beschäftigen und die Arbeitsbedingungen fairer zu gestalten. Das wird mittelfristig dazu führen, dass Pflegeberufe wieder attraktiver werden und sich mehr junge Menschen für eine solche Ausbildung entscheiden. Wie stellen wir zukünftige qualifizierte Pflege bedarfs-

gerecht sicher? Wie viel ist uns qualitativ hochwertige Pflege wert? Die steigende Anzahl von Pflegebedürftigen in Deutschland ist ein alarmierendes Signal. Mit einer alternden Bevölkerung steigt zwangsläufig auch die Zahl der Menschen, die auf Pflege angewiesen sind. Ebenso führt der medizinische Fortschritt dazu, dass immer mehr Menschen länger leben, jedoch häufig mit komplexen gesundheitlichen Bedürfnissen. Aber trotz zahlreicher Reformen und Maßnahmen in den letzten Jahren bleibt die Situation vieler Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen prekär. Ein Beispiel dafür sind die überlasteten Pflegekräfte in Pflegeheimen und Krankenhäusern, die oft unter hohem Druck stehen und nicht genügend Zeit für die individuelle Betreuung der Patienten und Patientinnen haben.

Der BDH begrüßt die Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0), die allerdings die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PPUGV) weitestgehend ersetzen sollte. Sie stellt einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der Personalausstattung in der Pflege dar, ist aber kein Ersatz für ein evidenzbasiertes Pflegepersonalbemessungsinstrument in der Zukunft! Um die Herausforderungen im Pflegebereich zu bewältigen, ist es von entscheidender Bedeutung, qualifizierte Pflegekräfte zu gewinnen, auszubilden und zu halten. Das Thema Ausbildung ist dabei grundständig neu zu strukturieren. Mit zunehmendem medizinischen und pflegewissenschaftlichen Wissen kommt der Akademisierung der Gesundheitsberufe eine zunehmend große Rolle für die Sicherstellung von Versorgungsqualität zu. Der BDH fordert ein gegliedertes Ausbildungssystem mit schulischen und akademischen Gesundheits- und Krankenpflegeabschlüssen als notwendige Voraussetzung für

ein adäquates professionsbezogenes Wissensmanagement in Ausbildung und Versorgung. Die damit auch verbundenen differenzierten Beschäftigungsprofile stärken zudem wesentlich die Attraktivität der Profession für Fachkräfte mit Schlüsselqualifikationen.

Gerade im Bereich der Pflege ist das deutsche Gesundheitswesen auf Migration angewiesen. Deutschland muss ein Einwanderungsland werden, sonst werden nicht nur unsere Systeme der sozialen Sicherung zusammenbrechen, sondern der Fachkräftemangel wird das Gesundheitswesen in seiner Leistungsfähigkeit insgesamt schwächen.

Neben der Förderung qualifizierter Zuwanderung müssen weitere Möglichkeiten ausgeschöpft werden, um zukünftig ausreichend qualifizierte Pflege sicherzustellen. Die Arbeitsbedingungen in der Pflege müssen verbessert werden. Auch eine faire Vergütung und die Ausgestaltung der Arbeitsverhältnisse von Pflegekräften sind von großer Bedeutung. Viele Pflegekräfte arbeiten in prekären Beschäftigungsverhältnissen, was nicht nur ihre finanzielle Sicherheit beeinträchtigt, sondern auch die Qualität der Pflege negativ beeinflussen kann. Es ist daher unerlässlich, klare Rahmenbedingungen zu schaffen, um den Missbrauch von atypischen Beschäftigungsverhältnissen, Werkverträgen und Scheinselbständigkeit einzudämmen und so die Finanzierungsbasis der Pflegeversicherung zu stärken.

Die Situation der pflegenden Angehörigen verdient besondere Beachtung. Diese tragen oft eine immense Last und werden dafür immer noch nicht angemessen gewürdigt, insbesondere auch in rentenpolitischer

Hinsicht. Die Handhabung von Pflegezeit nach §44a Abs. 3 SGB XI muss flexibler ausgestaltet und auch zeitlich ausgedehnt werden. Auch Beratungs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige müssen ausgedehnt und erweitert werden. Um eine menschenwürdige Pflege sicherzustellen, müssen die individuellen Bedürfnisse von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen stärker berücksichtigt werden. Ein Beispiel dafür ist die Forderung nach mehr flexiblen Pflegeleistungen, die es den Pflegebedürftigen ermöglichen, ihren Alltag nach ihren eigenen Vorstellungen zu gestalten. Das Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) ist ein Schritt in die richtige Richtung, da pflegende Angehörige durch das Gesetz tatsächlich entlastet werden.

Therapeutische Berufsgruppen stärken

Mit der in den nächsten Jahrzehnten deutlich steigenden Zahl von Personen in unserer Gesellschaft mit alterungsbedingten Alltagsbehinderungen durch neurologische Erkrankungen wie etwa Schlaganfall oder neurodegenerative Erkrankungen (Parkinson-Erkrankung, Alzheimer-Demenz) wird auch der Bedarf an multiprofessioneller neurorehabitativer Therapie deutlich steigen. Die vielen verschiedenen Funktionsstörungen, die einer Alltagsbehinderung und Pflegebedürftigkeit zugrunde liegen, bedürfen neben der ärztlichen und pflegerischen Versorgung auch vermehrt der spezifischen therapeutischen Mitbehandlung insbesondere in den Disziplinen Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie und Neuropsychologie. Wie auch in der Gesundheits- und Krankenpflege wird in diesen Disziplinen einer Akademisierung eine zunehmend große Rolle für die Sicherstellung von Versor-

gungsqualität zukommen. Auch hier fordert der BDH zukünftig ein gegliedertes Ausbildungssystem mit schulischen und akademischen Abschlüssen als Voraussetzung für ein adäquates professionsbezogenes Wissensmanagement in Ausbildung und Versorgung.

Das in Deutschland etablierte Ausbildungs-, Fortbildungs- wie auch das Vergütungssystem sind nicht (mehr) geeignet, den Stand der medizinischen Wissenschaft in der Versorgung in der klinisch-therapeutischen Praxis zu gewährleisten. Hier sieht der BDH dringenden Handlungsbedarf, um das Gesundheitssystem bedarfsgerecht weiterzuentwickeln und zukunftsicher zu machen.

Rehabilitation muss die Würde des Menschen respektieren und reflektieren

Die Rehabilitation schwer- und schwerstbetroffener Menschen stellt uns vor substantielle medizinische Fragen. Wieviel (Früh-)Rehabilitation ist gewollt, sinnvoll und würdevoll? Die kritische Bewertung von Patientenverfügungen muss gerade bei schwerst betroffenen Patientinnen und Patienten zur Selbstverständlichkeit werden und die Behandlungsentscheidungen mitbestimmen.

Palliativmedizinisch ist auch das Lebensende nach Wochen der Rehabilitation kein Versagen der Medizin. Greift der Patientenwille aufgrund der Patientenverfügung, z.B. anhaltendem Koma, gehört auch die Begleitung der letzten Lebensphase bis zum Tod zur elementaren Aufgabe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Rehabilitation.

2. Teilhabe

Teilhabe als soziale Rehabilitation verstehen

Das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen betont die Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen und hebt ihr nicht verhandelbares und uneingeschränktes Recht auf universelle Teilhabe an allen Lebensbereichen hervor.

Teilhabe und Inklusion sind nur möglich, wenn sie zur Aufgabe aller werden. Dazu tragen wir – auch vor dem Hintergrund unserer über 100jährigen Geschichte als Behindertenverband – aktiv bei.

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) brachte umfassende Änderungen im Bereich der Eingliederungshilfe und der Leistungen für Menschen mit Behinderungen mit sich. Ein zentraler Bestandteil des BTHG ist die Umstellung von pauschalen Sachleistungen hin zu individuellen Budgets, die es Menschen mit Behinderungen ermöglichen, ihre Unterstützung flexibler und nach ihren eigenen Bedürfnissen zu organisieren. Es sollen Barrieren abgebaut und die Selbstbestimmung der Betroffenen gestärkt werden. Zudem wird der Übergang von der Schule in den Beruf erleichtert und die Teilhabe am Arbeitsleben gefördert. Die Umsetzung des Gesetzes wird fortlaufend überprüft und verbessert.

Um Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen effektiv zu fördern, fordert der BDH, dass ausreichende finanzielle Mittel bereitgestellt werden, um die individuellen Bedarfe von Menschen mit Behinderungen angemessen abzudecken.

Dies umfasst sowohl die Finanzierung von persönlichen Budgets als auch von Unterstützungsleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe. Dabei müssen Menschen mit Behinderungen selbst über ihre Lebensgestaltung und die Nutzung von Unterstützungsleistungen entscheiden können.

Der BDH setzt sich für den konsequenten Abbau von Barrieren in allen Lebensbereichen ein, um die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am gesellschaftlichen Leben zu verbessern. Dies umfasst bauliche und kommunikative Barrieren sowie solche, die in der Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung begründet sind. Ableismus muss in unserer Zivilgesellschaft konsequent gebrandmarkt werden! Das ist nur erfolgsversprechend, wenn Menschen mit Behinderungen und ihre Vertretungen bei der Ausgestaltung und Weiterentwicklung des BTHG sowie bei der Umsetzung und Überwachung der damit verbundenen Maßnahmen aktiv mit einbezogen werden.

Mehr soziale Gerechtigkeit und Teilhabe durch mehr Verteilungsgerechtigkeit

Die deutsche Gesellschaft ist ökonomisch und sozial gespalten. Insbesondere die Einkommen in Deutschland sind sehr ungleich verteilt, Einkommensarmut hat seit den 2010er Jahren deutlich zugenommen. Frauen, Kinder, Arbeitslose, Minijobber und Menschen mit niedrigem Bildungsniveau sind dabei überdurchschnittlich von Armut betroffen. Die Armutsquote ist höher als vor der Corona-Pandemie. Die zuletzt hohe Inflation belastet ärmere Haushalte stärker, insbesondere durch höhere Ausgaben für Grundbedürfnisse wie Lebensmittel und Energie.

Dabei widerfährt den unteren Einkommensklassen in Deutschland nicht nur eine soziale, sondern auch eine politische Entfremdung. Es besteht eine klare Verbindung zwischen niedrigem Einkommen und geringem Vertrauen in staatliche und demokratische Institutionen und Prozeduren. Schwindendes Vertrauen in den demokratisch legitimierten Sozialstaat führt zu sozialer Desintegration. Politische Entfremdung bedroht den Zusammenhalt der Gesellschaft und fördert Extremismus.

Armut und Ungleichheit dürfen kein unabwendbares Schicksal sein. Es besteht dringender Handlungsbedarf, um soziale Ungleichheit und Armut zu bekämpfen und eine gerechtere Gesellschaft zu schaffen, die soziale Teilhabe ermöglicht.

Der BDH fordert konkrete Maßnahmen gegen Armut und soziale Ungleichheit. Dazu zählt die Stärkung der Tarifbindung, denn Tarifverträge sorgen für höhere Löhne und bessere Arbeitsbedingungen. Die Regelsätze der sozialen Grundsicherung müssen auf ein Niveau angehoben werden, das Einkommensarmut verhindert, zugleich Leistungsbereitschaft honoriert und allen eine adäquate Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ermöglicht. Nicht zuletzt ist eine Reform der Erbschaftssteuer dringend erforderlich, denn die aktuelle Erbschaftssteuerreform hat den Auftrag des Bundesverfassungsgerichts, die Überprivilegierung großer Vermögen zu beseitigen, nicht erfüllt.

Eine spürbare Wende bei der Verteilung des gemeinsam Erwirtschafteten durch verbesserte Ausgestaltung und Reichweite der sozialen Sicherungssysteme ist

überfällig und entspricht dem Grundgedanken der sozialen Marktwirtschaft.

Arbeit muss zum Leben ausreichen

Am deutschen Arbeitsmarkt bestehen strukturelle Probleme, die unabhängig von saisonalen Schwankungen bestehen. Viele Menschen haben nur geringe oder gar keine Beschäftigungschancen, was besonders besorgniserregend ist, wenn trotz ausreichender gemeldeter Ausbildungsstellen viele Lehrstellen unbesetzt bleiben.

Der BDH als Sozialverband plädiert für den Aufbau von Beschäftigungen, insbesondere für Langzeitarbeitslose, Ältere, Migranten und Menschen mit Handicap. Diese Programme sollten unter dem Motto „fordern und fördern“ alle Menschen erreichen, indem sie auch junge Menschen ohne Abschluss motivieren, die bestehenden dualen Ausbildungswege einzuschlagen. Weiterhin fordert der BDH das Ende der Befristung von Arbeitsverträgen ohne Sachgrund und fordert Lohngerechtigkeit, insbesondere die Schließung der Entgeltlücke zwischen Männern und Frauen per Gesetz.

Es ist entscheidend, prekäre Beschäftigungsverhältnisse wie Schein-Werkverträge, befristete und geringfügige Arbeitsverhältnisse, Leiharbeit und Praktika sozialverträglich zu regeln, um das gesellschaftliche Problem der Altersarmut langfristig zu beheben. Der BDH fordert einen armutsfesten Mindestlohn, der gesellschaftliche Teilhabe, eine gesunde Ernährung und eine auskömmliche Rente ermöglicht. Trotz bisheriger Anpassungen des Mindestlohns ist der Niedriglohnssektor in Deutschland immer noch zu groß. Außerdem muss der Mindestlohn in regelmäßigen Abständen an

die Inflation angepasst werden, um Reallohnverlust zu verhindern und die Kaufkraft einkommensschwacher Familien zu schützen.

Die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen auf dem Arbeitsmarkt muss ebenfalls stärker gefördert werden. Das Gesetz zur Förderung eines inklusiven Arbeitsmarktes und insbesondere §43 SGB IX ermöglicht und erleichtert die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung. Die Ansprüche und Leistungen sind häufig wenig bekannt. Auch zeit- und ressourcenintensive Antragsverfahren erschweren den Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt. Wir setzen uns für effektive Umsetzungsprozesse ein und fordern verwaltungsseitig mehr Aufklärung über die Ansprüche sowie effektivere und kurzfristige Antragsbearbeitung.

Gesetzliche Rente stärken und ihre Basis verbreitern

Wir benötigen eine Wende in der Rentenpolitik. Der BDH fordert eine Stärkung der gesetzlichen Rente. Die gesetzliche Rente muss ausreichen, um im Alter nicht in die Armutsfalle zu geraten. Geringverdiener und von Krankheit und/oder Behinderung betroffene Menschen können selten zusätzliche private Rentenvorsorge treffen und sind bereits heute oft auf Grundversicherung im Alter angewiesen. Gleichzeitig koppeln sich die Renten durch die kontinuierliche Absenkung des Rentenniveaus dauerhaft von der Lohnentwicklung ab, was Altersarmut nicht nur für prekär Beschäftigte festschreibt und einen Keil zwischen die Generationen treibt. Menschen müssen im Vollzeiterwerb von ihrem Einkommen leben können und daraus im Alter eine gesetzliche Rente erwarten dürfen, die sie

vor Altersarmut schützt. Eine bedarfsgerechte, an der Grundsicherung orientierte und an das allgemeine Lohnniveau gekoppelte Mindestrente wäre ein erster Schritt gegen Altersarmut und würde dazu beitragen, dass Rentnerinnen und Rentner ein würdevolles Leben führen können, ohne auf Sozialhilfe angewiesen zu sein.

Die Verbesserungen bei der Erwerbsminderungsrente sowie die prinzipiell mögliche rentenrechtliche Anrechnung von Pflegezeiten sind Maßnahmen, die in die richtige Richtung weisen.

Die 1957 eingeführte umlagenfinanzierte Rente hat sich bisher über alle Krisen hinweg bewährt: Junge Beitragszahler finanzieren die Renten der aktuellen Rentner. Genau diesem System stehen aber große Herausforderungen bevor, insbesondere durch den demografischen Wandel (sinkende Geburtenrate und eine steigende Lebenserwartung). Ein Kapitaldeckungssystem ist dagegen weniger von demografischen Entwicklungen abhängig, dafür aber stark von den Schwankungen des Kapitalmarktes betroffen.

Die Idee einer Stärkung der Gesetzlichen Rente durch den Aufbau eines Kapitalstocks kommt aufgrund der bevorstehenden Rentenbezugsjahre der geburtenstarken Jahrgänge schlicht zu spät. Dennoch spricht sich der BDH für eine zusätzliche Kapitaldeckung in bereits bestehenden Systemen wie der betrieblichen und privaten Altersvorsorge aus. Er begrüßt weiterhin den Gedanken eines „Kinder-Rentengelds“ für das der Staat für jedes Neugeborene einen Betrag in einem Fonds anlegt.

Der BDH befürwortet die Integration von Selbständigen sowie Beamtinnen und Beamten in die gesetzliche Rentenversicherung, um eine gerechtere und nachhaltigere Altersvorsorge zu gewährleisten. Für Selbständige würde die Integration bedeuten, dass sie obligatorisch in die gesetzliche Rentenversicherung einzahlen müssen, ähnlich wie Arbeitnehmer, um Ansprüche auf eine staatliche Rente zu erwerben. Dies würde ihre Absicherung im Alter verbessern und das Risiko von Altersarmut verringern. Für Beamte könnte die Integration bedeuten, dass sie entweder in die gesetzliche Rentenversicherung einzahlen oder ihre Versorgungssysteme in die gesetzliche Rentenversicherung integriert werden. Dies würde dazu beitragen, die Rentenversicherung insgesamt finanziell stabiler zu machen und sicherzustellen, dass alle Bürgerinnen und Bürger im Alter ähnliche Rentenleistungen erhalten, unabhängig von ihrem Beschäftigungsstatus. Eine Rente, die alle Erwerbstätigen gleichartig belastet und im Alter begünstigt, ist ein wesentlicher Baustein für den sozialen Frieden in Deutschland.

Bezahlbares Wohnen für alle

Bezahlbares Wohnen für alle ist nicht nur ein Grundrecht, sondern auch eine grundlegende Voraussetzung für ein würdevolles Leben und gesellschaftliche Teilhabe, wie es in der Europäischen Sozialcharta und anderen Menschenrechtsabkommen festgehalten ist. Der BDH fordert daher, dass das Recht auf angemessenen Wohnraum im Grundgesetz verankert wird!

Um den stark angespannten Mietmarkt in deutschen Metropolen wieder in ein sozial verträgliches Gleichgewicht zu bringen, ist ein deutlicher Ausbau des sozialen Wohnungsbaus von entscheidender kommu-

nal- und strukturpolitischer Bedeutung. Dabei ist es unerlässlich, dass dieser Ausbau nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ erfolgt, sodass alle Bevölkerungsgruppen davon profitieren können – von älteren Menschen über Familien bis hin zu Menschen mit Behinderungen, die auf barrierefreies Wohnen angewiesen sind.

Es ist auch von großer Bedeutung, vorhandene Wohnungsbestände zu erhalten und zu moderaten Mietpreisen anzubieten. Der BDH setzt sich daher dafür ein, dass sozial verträgliche Mietpreisobergrenzen eingeführt und Mietpreiserhöhungen begrenzt werden. Dies ist entscheidend, um sicherzustellen, dass Menschen mit niedrigem Einkommen nicht aus ihren Wohnungen verdrängt werden und dass Wohnraum für alle Bevölkerungsgruppen zugänglich bleibt.

Insgesamt muss die Wohnraumpolitik in Deutschland eine ganzheitliche Perspektive einnehmen, die nicht nur auf kurzfristige Lösungen abzielt, sondern langfristige Strategien umfasst, um das Recht auf angemessenes Wohnen für alle zu gewährleisten.

Für inklusive Bildung

Deutschland braucht ein umfassendes inklusives Bildungssystem in allen Lebensbereichen und uneingeschränkter Zugang für Menschen mit Behinderungen zum Bildungssystem. Ein inklusives Bildungssystem muss Förderschulen und allgemeine Schulen in einem durchlässigen Bildungskonzept, das auch sonderpädagogische Kompetenz für alle nutzbar macht, verbinden.

Für umfassende Barrierefreiheit zugunsten von Menschen mit Behinderung

Der öffentliche Raum ist ebenso wie der private von Barrierefreiheit noch weit entfernt. Menschen mit Behinderungen müssen uneingeschränkter Zugang zu öffentlichen Einrichtungen, Verkehrsmitteln, Arbeitsplätzen und Wohnräumen haben. Physische Barrieren wie Treppen oder schmale Türen müssen ebenso beseitigt werden wie informationelle und kommunikative Barrieren.

Menschen mit Behinderungen und ihre Organisationen müssen umfassend stärker in Entscheidungsprozesse in Bezug auf die Planung und Umsetzung von Barrierefreiheit und bei der Gestaltung von öffentlichen Räumen und Dienstleistungen einbezogen werden, um sicherzustellen, dass sie den Bedürfnissen aller Bürgerinnen und Bürger gerecht werden.

Für eine teilhabeorientierte Rehabilitation

Ziel der Rehabilitation ist die Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen am Leben der Gesellschaft (§26-32 SGB IX). Wir beteiligen uns an der Weiterentwicklung von Rehabilitationskonzepten, die sich an den Zielen der Menschen in ihren jeweiligen Lebensräumen und den individuellen Lebensumständen orientiert.

3. Selbsthilfe

Für das Ehrenamt

Als traditionsreicher Selbsthilfeverband bekennt sich der BDH zum ehrenamtlichen bürgerschaftlichen Engagement. Das Ehrenamt ist integraler Teil einer demokratischen Gesellschaft, weil es zwischen dem Staat und seinen Bürgerinnen und Bürgern im Sinn von Solidarität, Menschlichkeit und Gemeinsinn vermittelt.

Betroffenen Stimme geben

Unsere Kreisverbände sind für die Mitglieder vor Ort da. Sie helfen, hören zu, beraten, unterstützen bei der Lebensgestaltung und fördern den Austausch über eigene Erfahrungen und die Besinnung auf vorhandene Ressourcen und Potentiale.

Austausch auf Augenhöhe fördern

Als einziger deutscher Sozialverband ist der BDH auch Träger von Kliniken. Viele Menschen treten deshalb auch mit sozialmedizinischen, reha-bilitationstechnischen und therapeutischen Fragen an unsere Kreisverbände heran. Die Kreisverbände begreifen sich deshalb auch als ein Glied der Rehabilitationskette und Verbindung zwischen Selbsthilfe im alltäglichen Umfeld und institutionalisierter Rehabilitation.

Ehrenamt anerkennen, fördern und ernst nehmen!

Ehrenamtliches Engagement ist ein Grundpfeiler unserer Gesellschaft und leistet einen wesentlichen Beitrag zur Teilhabe kranker und behinderter Menschen am gesellschaftlichen Leben. Wir fordern daher, dass ehrenamtlich tätige Menschen endlich die ihnen zustehende gesellschaftliche Würdigung erfahren!

Im Sozial- und Gesundheitswesen fehlt es an Mitteln. Dies führt unter anderem dazu, dass eine Reihe von ehemals als gesamtgesellschaftliche Aufgaben begriffene Leistungen in die Verantwortung ehrenamtlicher Initiativen fallen. Aber auch das Ehrenamt ist auf die Unterstützung durch Bund, Länder und Kommunen angewiesen. Ehrenamt darf kein günstiger Ersatz für Bereiche im Gemeinwesen sein, für die sich sonst niemand findet. Bürgerschaftliches Engagement im sozialen Bereich zeigt immer auch, wo etwas im Argen liegt. Wir fordern, dass die Politik uns hier besser zuhört.

Selbsthilfe regional und lokal vernetzen

Selbsthilfe wird vor allem für diejenigen an Bedeutung gewinnen, die durch eine chronische Erkrankung oder Behinderung ökonomisch, sozial und psychisch stark belastet und von gesellschaftlicher Isolierung bedroht sind. Hier arbeiten die Kreisverbände des BDH mit lokalen Selbsthilfegruppen und anderen Selbsthilfeorganisationen ohne Konkurrenzdenken zusammen. Durch regionale Vernetzung von Selbsthilfeaktivitäten haben die Kreisverbände des BDH eine wichtige sozialintegrative Funktion.

4. Beratung

Niemanden allein lassen

Das Sozialrecht gewährt Ansprüche gegen Sozialleistungsträger, auf Sach- oder Geldleistungen. Die dreizehn Sozialgesetzbücher sind Ausdruck des Sozialstaatsprinzips und des Grundrechts der Menschenwürde. Sie beinhalten eine Fülle von Rechten und Möglichkeiten der Teilhabe, des Ausgleichs von Behinderungen und der Existenzsicherung. Diese Rechte auch zu erhalten, ist für Betroffene und Anspruchsberechtigte nicht immer einfach, denn Sozialrecht ist komplex. Dazu kommt: Wer Hilfe in Fragen zu Schwerbehindertenrecht, Krankenversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosengeld oder Pflege braucht, ist oft bereits in einer schwierigen Situation. Viele Menschen, die eine lange Krankheitsgeschichte haben oder deren Lebensgeschichte ein traumatisches Erlebnis wie einen schweren Unfall, Gewalttaten o.ä. aufweist, sind mit der Bewältigung ihrer persönlichen Situation vor allem dann überfordert, wenn sie keine soziale, emotionale und fachliche Unterstützung erhalten. In dieser Situation, die oft von emotionaler Belastung, Zukunftsängsten und Scham geprägt ist, stellt die Welt der Behörden, Gesetze, Bescheide, Anträge und Vorschriften oft ein unüberwindliches Hindernis dar.

Der BDH bietet Beratung, Hilfe und Vertretung

Wir bieten für unsere Mitglieder konkrete soziale und sozialjuristische Beratung, Unterstützung und Vertretung gegenüber Behörden, Kranken- und Rentenversicherungen und auch vor den Gerichten – bis zum Bundessozialgericht.

Niederschwelliges Beratungsangebot

In einem ausdifferenzierten komplexen Sozialsystem mit verschiedenen Zuständigkeiten halten wir professionelle Beratungs- und Hilfsangebote vor. Der BDH versteht sich als Lotse und Kompetenzzentrum für Menschen bei allen Bedarfen und Anträgen. Die Beratung erfolgt durch Juristinnen und Juristen und durch ehrenamtliche Mitglieder im Rahmen von §8 Abs. 5 Rechtsdienstleistungsgesetz im vertrauensvollen Miteinander. Eine orientierende Erstberatung und Einschätzung ist für alle Menschen kostenlos. Wir fordern die flächendeckende Einrichtung niederschwelliger (Sozial-) Erstberatungsangebote.

Digitale Online-Beratung

Die Anforderungen an hochwertige Beratung sind vielfältig. Präsenzberatung vor Ort, bei dem die Betroffenen einem Menschen gegenüber sitzen, ist genauso wichtig wie eine schnelle und unkomplizierte Beratung, wenn die Zeit drängt oder Fristen ablaufen. Der BDH bietet deshalb auch Online-Beratung rund um das Sozialrecht. Dabei kann die Beratung auch über Videochat erfolgen.



BDH Bundesverband Rehabilitation
Lieselingsweg 125 • 53119 Bonn
Tel. 0228 969 84-0 • info@bdh-reha.de
www.bdh-reha.de

Der BDH. Sozialverband und Klinikträger.