

12. September 2012

Stellungnahme

zum Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2012 – SVÄG 2012

Der unabhängige Monitoringausschuss ist zuständig für die Überwachung der Einhaltung der UN-Konvention „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ vom 13. Dezember 2006 (ratifiziert mit 26. Oktober 2008; BGBl. III Nr. 155/2008) in Angelegenheiten, die in Gesetzgebung und Vollziehung Bundes-sache sind, und hat sich auf der Grundlage von § 13 des Bundesbehindertengesetzes in Umsetzung der Konvention konstituiert. Dem weisungsfreien Ausschuss gehören Vertreter/innen von Nichtregierungsorganisationen aus den Bereichen Menschen mit Behinderungen, Menschenrechte und Entwicklungszusammenarbeit sowie der wissenschaftlichen Lehre an. Weiters gehören ihm mit beratender Stimme an je ein/e Vertreter/in des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz sowie des jeweils betroffenen Ressorts oder obersten Organs der Vollziehung.

Der Monitoringausschuss wurde über den Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, das Arbeitsmarktpolitik-Finanzierungsgesetz, das Arbeitsmarktservicegesetz, das Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, sowie das Bundespflegegeldgesetz geändert werden, **nicht** automatisch in Kenntnis gesetzt und hat durch Zufall von diesem erfahren.

Die Zielsetzung der Novelle, „Menschen länger gesund im Erwerbsleben zu halten, sie zu aktivieren, statt passive Leistungen in Aussicht zu stellen“, scheint plausibel. Ebenso die Absicht, „präventive Sozialpolitik und Reintegration in den Arbeitsmarkt in den Vordergrund zu stellen.“¹ Ebenso ist prinzipiell nachvollziehbar, dass „der tradierte Sozialstaat mit der Priorisierung einerseits von finanzieller Abgeltung gesundheitsbelastender Faktoren in den Betrieben und andererseits mit passiven Geldleistungen als Antwort auf soziale Risiken (...) nicht mehr vollständig die Bedürfnisse einer modernen Gesellschaft im 21. Jahrhundert widerspiegelt.“²

¹ EB Seite 4.

² EB Seite 4.

Im vorliegenden Entwurf werden die „sozialen Risiken“, die zweifellos bestehen, auf die gesundheitliche Dimension minimiert, die durch einen medizinisch dominierten Gesundheitsbegriff noch weiter eingeengt wird. Das ist angesichts der Komplexität der Ursachen wie auch der Vielschichtigkeit der Maßnahmen in der Sicherung beruflicher Integration und Inklusion von Menschen, deren Leistungsfähigkeit nicht der vorgegebenen Norm entspricht, höchst problematisch.

Die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen hält fest, dass die sozialen Dimensionen gegenüber der medizinischen Dimension in den Vordergrund getreten sind: die Wechselwirkungen von verschiedenen Barrieren, damit verbunden sozialen Risiken und einstellungs- und umweltbedingte Hürden, die eine wirksame und gleichberechtigte Teilhabe verhindern, stehen demnach im Mittelpunkt politischer Überlegungen und Handlungen.

Soziale Risiken sollten nicht länger primär an gutachterlichen Sichtweisen (vgl. der medizinisch dominierte Gesundheitsbegriff), sondern in erster Linie an zielgruppenorientierten und mehrdimensionalen Wechselwirkungen auf Basis eines bio-psycho-sozialen Menschenbildes gemessen werden. Instrumente wie zB. die Internationale Klassifizierung der WHO, ICF, aber auch Studien und einschlägige Studien liegen bereits vor. Teilhabe an der Gesellschaft misst sich demnach in erster Linie daran, inwiefern Menschen trotz sozialer Risiken ein- und verbunden sind und nicht daran, wie die „Gesundheitsdiagnostik“ den Menschen vermisst und einschätzt.

Der vorliegende Entwurf lässt die multidisziplinäre Dimension vermissen, soziales Risiko bemisst sich nicht ausschließlich über gesundheitlich-medizinische Parameter.

Soziale Dimension(en)

Zweifellos muss die Feststellung von gesundheitlichen Problemen und deren – auch medizinische – Behandlung ein Faktor in den sozialen, psychischen, psychosozialen, gesundheitlichen und anderen Risiken des modernen Arbeitsmarktes sein. Es erstaunt jedoch, dass der Entwurf Prävention und Rehabilitation noch immer schwerpunktmäßig in der medizinisch-gesundheitlichen Dimension versteht. Die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen betont die soziale Komponente in Mechanismen, die den Ausschluss von bestimmten Personen aus der Gesellschaft, so auch aus dem Kernbereich Arbeit, bedingen.

Eine Verankerung der sozialen Dimension fehlt im Entwurf weitgehend, v.a. auch in der Beurteilung von „Fähigkeiten.“ Ansätze hin in Richtung Feststellung von Assistenz- und Unterstützungsbedarfen wären darüber hinaus wünschenswert.

Die Schaffung von einheitlichen Begutachtungsstellen hat sicherlich verwaltungstechnische Vorteile und wird zweifellos die Etablierung bzw. Sicherung einheitlicher Begutachtungsstandards fördern. Gänzlich zu fehlen scheint in diesem Kontext die soziale Dimension, da im Entwurf ausschließlich auf medizinische Standards

rekurriert wird. Wie der Monitoringausschuss bereits in der Begutachtung der Einschätzungsverordnung³ moniert hat, sollte die Internationale Klassifizierung der Weltgesundheitsorganisation, insbesondere der dritte und vierte Teil zu sozialen und umweltbezogenen Faktoren, Teil des Minimumstandards sein.⁴ Weiters sollte für jene Personen Vorsorge getroffen werden, die eine solche Stelle mobilitätstechnisch nicht erreichen können. Dies würde den internationalen Standards für gemeindenahere Rehabilitation entsprechen.⁵

Sicherheit für wen?

Der Entwurf beinhaltet eine Reihe von neuen Fristen und Zeiträumen, so auch eine Einjahresbefristung für das Rehabilitationsgeld. Wenn man davon ausgeht, dass die Struktur der Geldleistungen prinzipiell unverändert bleibt (es also keine grundlegende Änderung der Leistungsstruktur in Hinblick auf die Konvention geben soll), dann sollte mit diesen jedenfalls eine gewisse Sicherheit und Vorhersehbarkeit geschaffen werden. Der Zeitraum von einem Jahr, insbesondere die regelmäßigen Überprüfungen, scheinen nicht dazu angetan, Sicherheit für die Betroffenen zu schaffen.

Hier geht es um die emotionale, soziale und vor allem auch ökonomische Sicherheit von Menschen, die bereits stark marginalisiert wurden bzw. sich jedenfalls so fühlen. Den gesellschaftlichen wie auch den persönlichen Druck, den diese Menschen spüren, sollte man eindämmen und nicht weiter erhöhen. Die Fristsetzung ist daher jedenfalls zu überdenken.

Zu bedenken ist, dass die Unsicherheit das allgemeine Wohlbefinden negativ beeinflusst und daher damit zu rechnen ist, dass diese (in)direkte Belastung faktisch ein beträchtliches Mehr an Kosten verursachen wird.

Existenzsicherung

Die Sicherung der Existenz scheint im vorliegenden Entwurf nicht hinreichend gewährleistet:

Zum einen werden Geldbeträge potenziell vorabgeschöpft, ohne dass eine Sicherstellung bzw. nachvollziehbare Formulierung aufgenommen wird, dass die Existenz von Betroffenen gesichert werden muss.

³ Einschätzungsverordnung gem. § 14 Abs. 2 BEinstG (BGBl. II Nr. 261/2010); Stellungnahme des Ausschusses vom 03.02.2010, <http://www.monitoringausschuss.at/sym/monitoringausschuss/Stellungnahmen>

⁴ Siehe Stellungnahme des Ausschusses zur Einschätzungsverordnung, 3. Februar 2010, <http://monitoringausschuss.at/sym/monitoringausschuss/Stellungnahmen>.

⁵ Weltgesundheitsorganisation, Community Based Rehabilitation: <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/index.html>.

Zum anderen fällt auf, dass sowohl die Leistung des Umschulungsgeldes als auch des Rehabilitationsgeldes nur noch 12 Mal pro Jahr ausbezahlt werden soll, die Auszahlung einer 13. und 14. Geldzahlung somit entfällt.

Dies kann zu massiven Härtefällen führen.

Bundespflegegeldgesetz

Die Definition teilstationärer Betreuung (Artikel 9, § 18 Abs. 1a) ist nicht hinreichend klar bzw. entsteht auch der Eindruck, dass hier stationären Einrichtungen der Vorzug gegenüber mobilen Leistungen und Angeboten gegeben wird; ein Ansatz, der sich mit den „Bedürfnissen einer modernen Gesellschaft im 21. Jahrhundert“ nicht gänzlich deckt und auch dem Grundsatz „mobil vor stationär“ widerspricht.

Die schriftliche Zustimmung einer pflegebedürftigen Person muss hinreichend durch Vorinformation über Konsequenzen und andere Maßnahmen zur Sicherung einer informierten Entscheidung, abgesichert werden. Die mannigfaltigen Barrieren in der Entscheidungsfindung von Menschen mit Behinderungen hat der Ausschuss unlängst dargelegt.⁶

Menschenrechtsansatz

Der vorliegende Entwurf würde durch eine Verknüpfung mit den Regelungen der Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen wesentlich profitieren. Neben den multiplen Dimensionen von Barrierefreiheit⁷, insbesondere der sozialen Komponente und dem Grundprinzip Inklusion, wären vor allem die Bestimmungen zu

⁶ Siehe Stellungnahme des Ausschusses zur Unterstützten Entscheidungsfindung, 21. Mai 2012, <http://monitoringausschuss.at/sym/monitoringausschuss/Stellungnahmen>.

⁷ Die Dimensionen von Barrierefreiheit:

- Physische Barrierefreiheit im Sinne der Ermöglichung von Mobilität
- Kommunikative Barrierefreiheit im Sinne der Ermöglichung von Kommunikation für Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen, non-verbale Menschen und Menschen mit Sprachschwierigkeiten, aber auch Menschen mit Lernschwierigkeiten
- Intellektuelle Barrierefreiheit im Sinne der Zugänglichkeit von Informationen für Menschen mit Lernschwierigkeiten, zB durch Leichter-Lesen Formate
- Soziale Barrierefreiheit im Sinne des Abbaus von Vorurteilen, Stereotypen und anderen Einstellungen, die Inklusion verhindern
- Ökonomische Barrierefreiheit im Sinne von leistbarem Zugang zu Angeboten der Verbesserung der Inklusion unabhängig von eigenen Ressourcen
- Institutionelle Barrierefreiheit im Sinne des Abbaus von segregativen Strukturen in wichtigen Lebenswelten; siehe Stellungnahme Förderungen, 22. Februar 2012, <http://monitoringausschuss.at/sym/monitoringausschuss/Stellungnahmen>.

Habilitation und Rehabilitation (Artikel 26), zu Arbeit und Beschäftigung (Artikel 27), sowie zu Gesundheitsversorgung (Artikel 25) einschlägig.

Die Matrix der Gemeindenahen Rehabilitation (Community Based Rehabilitation, CBR) der Weltgesundheitsorganisation⁸ sei für Umsetzungszwecke besonders empfohlen, siehe Anhang.

Für den Ausschuss

Die Vorsitzende

⁸ Siehe dazu oben.

CBR MATRIX

