

**Tagung „Being left behind – Globale Gesundheit inklusiv gestalten!“
am 29. September 2020 in Berlin
Input Arbeitsgruppe a: Wie inklusiv ist die Gesundheitsversorgung in Deutschland? Was muss verbessert werden?**

Jessica Schröder – ISL e.V.

Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung

Die Agenda 2030 gilt für alle Staaten (Schwellenländer, Entwicklungsländer und Industriestaaten). Sie trat am 01. Januar 2016 in Kraft. Die Agenda besteht aus 17 Zielen und 169 Indikatoren, die sich gegenseitig bedingen und in Wechselwirkung zueinander stehen. Sie berücksichtigen gleichermaßen alle 3 Nachhaltigkeitsdimensionen – Wirtschaft, Soziales und Umwelt. Ihre 5 handlungsleitenden Prinzipien sind: Mensch, Planet, Wohlstand, Frieden und Partnerschaft. Die deutsche Nachhaltigkeitsstrategie ist der wesentliche Rahmen für die Umsetzung der Agenda 2030 in Deutschland. Dazu wurde sie unter Federführung des Bundeskanzleramts neu aufgelegt und am 11. Januar 2017 im Bundeskabinett verabschiedet und in den Folgejahren durch weitere Indikatoren und Maßnahmen ergänzt. Das zentrale Gremium zur Überprüfung der Umsetzung der Agenda 2030 ist das sogenannte Hochrangige Politische Forum für Nachhaltige Entwicklung (High-level Political Forum - HLPF). Das HLPF tagt jährlich auf Ministerebene im Rahmen des Wirtschafts- und Sozialrates der VN (ECOSOC) sowie alle vier Jahre auf Ebene der Staats- und Regierungschefs. Zu den zentralen Pfeilern des HLPF gehören die Beiträge der VN-Mitgliedstaaten, die auf freiwilliger Basis seit 2016 insgesamt 111 nationale Umsetzungsberichte (Voluntary National Reviews, VNRs) vorgelegt haben. Deutschland wird in 2021 zum zweiten Mal nach 2016 den nationalen Umsetzungsbericht vorlegen.

Die Agenda 2030 enthält die folgenden Kernziele:

Armutsbekämpfung, Ernährungssicherung und nachhaltige Landwirtschaftsförderung,

- Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern
- Inklusives, gerechtes und hochwertiges Bildung gewährleisten und Möglichkeiten des lebenslangen Lernens für alle fördern
- Geschlechtergerechtigkeit und Selbstbestimmung für alle Frauen und Mädchen erreichen
- Wirtschaftswachstum, Vollbeschäftigung und faire Arbeits- und Lebensbedingungen gewährleisten
- Inklusiven Städtebau fördern und die Gleichheit zwischen Staaten forcieren

- umgehend Maßnahmen zur Bekämpfung des Klimawandels und seiner Auswirkungen ergreifen (dies schließt auch die Erhaltung der Ökosysteme mit ein)
- Friedliche und inklusive Gesellschaften im Sinne einer nachhaltigen Entwicklung fördern und allen Menschen Zugang zur Justiz ermöglichen

Die Agenda verfolgt den Leitgedanken, Niemanden zurückzulassen. Konkret heißt es in der Erklärung: „Wir verpflichten uns, auf dieser großen gemeinsamen Reise, die wir heute antreten, niemanden zurückzulassen. Im Bewusstsein der grundlegenden Bedeutung der Würde des Menschen ist es unser Wunsch, dass alle Ziele und Zielvorgaben für alle Nationen und Völker und für alle Teile der Gesellschaft erfüllt werden, und wir werden uns bemühen, diejenigen zuerst zu erreichen, die am weitesten zurückliegen.“

Die Agenda 2030 basiert auf einer starken menschenrechtlichen Grundlage. Ihr liegt die Universelle Erklärung der Menschenrechte sowie die internationalen Menschenrechtsverträge zugrunde. Dazu gehören u.a. die Frauenrechtskonvention, die Kinderrechtskonvention und auch die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.

Auch wenn Menschen mit Behinderung im Gesundheitsziel 3 nicht explizit erwähnt werden, so gelten die Ziele uneingeschränkt auch für sie. Damit verstärkt die Agenda 2030 die in der UN-BRK verankerten Rechte.

Ziel 3. Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern

Unterziele die für Menschen mit Behinderung relevant sind:

- Bis 2030 die Aids-, Tuberkulose- und Malariaepidemien und die vernachlässigten Tropenkrankheiten beseitigen und Hepatitis, durch Wasser übertragene Krankheiten bekämpfen
- Bis 2030 die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von nichtübertragbaren Krankheiten durch Prävention und Behandlung um ein Drittel senken und die psychische Gesundheit und das Wohlergehen fördern
- Die Prävention und Behandlung des Substanzmissbrauchs(Suchtstoffmissbrauchs) verstärken
- Bis 2020 die Zahl der Todesfälle und Verletzungen infolge von Straßenverkehrsunfällen weltweit halbieren
- Bis 2030 den allgemeinen Zugang zu sexual- und reproduktionsmedizinischer Versorgung, einschließlich Familienplanung, Information und Aufklärung, und die Einbeziehung der reproduktiven Gesundheit in nationale Strategien und Programme gewährleisten

- Die allgemeine Gesundheitsversorgung, einschließlich der Absicherung gegen finanzielle Risiken, den Zugang zu hochwertigen grundlegenden Gesundheitsdiensten und den Zugang zu sicheren, wirksamen, hochwertigen und bezahlbaren unentbehrlichen Arzneimitteln und Impfstoffen für alle erreichen
- Bis 2030 die Zahl der Todesfälle und Erkrankungen aufgrund gefährlicher Chemikalien und der Verschmutzung und Verunreinigung von Luft, Wasser und Boden erheblich verringern
- Forschung und Entwicklung zu Impfstoffen und Medikamenten für übertragbare und nichtübertragbare Krankheiten, von denen hauptsächlich Entwicklungsländer betroffen sind, unterstützen, den Zugang zu bezahlbaren unentbehrlichen Arzneimitteln und Impfstoffen gewährleisten und insbesondere den Zugang zu Medikamenten für alle zu gewährleisten
- Die Kapazitäten aller Länder, insbesondere der Entwicklungsländer, in den Bereichen Frühwarnung, Risikominderung und Management nationaler und globaler Gesundheitsrisiken stärken

Quellen: http://www.bmz.de/de/themen/2030_agenda/

<https://www.un.org/Depts/german/gv-70/band1/ar70001.pdf>

Wie sieht es nun mit der Umsetzung von Ziel 3 in Deutschland aus?

Nationale Anstrengungen zur Erreichung der Zielvorgaben in Bezug auf die Gesundheitsförderung

Im Rahmen der SDGS hat Deutschland angekündigt, die Personalkapazitäten von Pflegefachkräften drastisch zu erhöhen. Die Bundesregierung hat daher im August 2018 ein Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege beschlossen. 13.000 zusätzliche Stellen soll es für die stationäre Altenpflege geben. Außerdem sollen Pflegeberufe durch eine bessere Bezahlung und eine höhere Anerkennung attraktiver werden. Pflegenden Angehörigen können zudem einfacher eine Reha bekommen. Außerdem sollen alle Krankenversicherten schneller Zugang zu Fachärzten erhalten. Umgesetzt wurden diese Maßnahmen bspw. durch die Bundesweite Terminvergabestelle der Kassenärztlichen Vereinigung und die Zusammenführung von unterschiedlichen Pflegesektoren in eine Ausbildung.

Weitere Ziele Deutschlands:

- Senkung vorzeitiger Sterblichkeit auf 100 (Frauen) bzw. 190 (Männer) Todesfälle pro 100.000 Einwohner bis 2030
- Senkung der Raucherquote von Jugendlichen auf 7 Prozent, der Erwachsenen auf 19 Prozent bis 2030
- Anstieg der Adipositasrate von Jugendlichen und Erwachsenen dauerhaft stoppen

- Senkung der Emissionen von Luftschadstoffen bis 2030 auf 55 Prozent gegenüber 2005
- Möglichst flächendeckende Erreichung des Richtwerts der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Feinstaubbelastung von nicht mehr als 20 Mikrogramm pro Kubikmeter Luft bis 2030

Der alle zwei Jahre erscheinende Indikatorenbericht des Statistischen Bundesamtes zeigt, wie sich die Indikatoren der Strategie entwickelt haben. Besonders erfreulich ist der signifikante Rückgang der Raucherinnen und Raucher – sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen. Während der Anstieg der Adipositasrate bei Heranwachsenden gestoppt werden konnte, ist dies bei Erwachsenen noch nicht gelungen. Bemerkenswert angesichts hoher Belastungen in einigen Städten: Die Zahl der Menschen, die einer Feinstaubbelastung über dem WHO-Richtwert ausgesetzt sind, ist rückläufig.

Deutschland hat ein Präventionsgesetz und eine nationale Präventionsstrategie auf den Weg gebracht. Beide Instrumente sollen bspw. die Gesundheitsprävention in Betrieben durch kostenfreie Angebote zur Prävention (Rückenschule, Ernährungsberatung) stärken. Ferner wurde das Angebot der Vorsorgeuntersuchungen, die von den Krankenkassen finanziert werden, ausgeweitet und die Altersgrenze für die Inanspruchnahme gesenkt.

Die Bundesregierung plant zeitnah ein nationales webbasiertes Gesundheitsportal zu veröffentlichen, das zu vielfältigen Gesundheitsfragen informiert.

Quelle: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/nachhaltigkeitspolitik/gesundheit-und-wohlergehen-1509824>

Auszug aus dem Ersten Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland (BRK-ALLIANZ)

Artikel 25 - Gesundheit

Mitbestimmung, Beteiligung und individuelle Rechtsdurchsetzung

In der Patientenbeteiligungsverordnung vom 19.12.2003 sind die Mitberatungsrechte von Patientenorganisationen geregelt. In der Praxis hat sich gezeigt, dass es sich lediglich um eine unzureichende Beteiligung handelt, tatsächlich ist keine wirkliche Mitbestimmung damit verbunden, da die Patientenvertreter*innen kein Stimmrecht haben.

Weiterhin gibt es im Gesundheitswesen nicht das notwendige Instrument des Verbandsklagerechts, um z.B. gegen die Entscheidung, eine Leistung nicht in den Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen, zugunsten von

Menschen mit Behinderungen vorgehen zu können. Den Behindertenverbänden ist daher nicht möglich, die Richtigkeit der Entscheidungen von Krankenkassen oder anderer Behörden auf dem Rechtsweg überprüfen zu lassen.

Ein spezifisches Problem stellen die komplexen und komplizierten gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen im Gesundheitsbereich dar, die es Betroffenen schwer machen, die ihnen zustehenden Ansprüche zu verstehen und ggf. im Streitfall durchzusetzen. Gerichtliche Wege zur Klärung oder Durchsetzung von Ansprüchen, die nicht selten von Betroffenen, Angehörigen oder gesetzlichen Vertretern gegangen werden müssen, sind langwierig und finanziell aufwändig. Leistungsträger lassen es häufig auf Widersprüche oder Klagen ankommen, womit viele der betroffenen Personen aus Unkenntnis oder Resignation überfordert sind und darauf verzichten.

Allgemeine Zugangsbarrieren in der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung

Menschen mit Behinderungen, die das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen wollen, treffen bei der kurativen, rehabilitativen, präventiven Medizin und pflegerischen Versorgung sehr oft auf vielgestaltige Zugangshindernisse (Barrieren). Solche Zugangshindernisse reichen von baulichen Barrieren (z.B. Schwellen, zu schmale Türen, Drehgriffe an Türen, fehlende Aufzüge oder Behindertentoiletten) über mangelnde Orientierungshilfen (z. B. zu kleine oder kontrastarme Beschriftungen) für sinnesbehinderte und kognitiv beeinträchtigte Menschen sowie ungelöste Kommunikationsprobleme (z.B. fehlende Gebärdensprach- und Schriftdolmetscher, Kommunikationstechnik für Schwerhörige und Gehörlose sowie schallharte Arzt- und Therapieräume, in denen Sprachverstehen für hörbehinderte Menschen oft unmöglich ist) bis hin zu ablehnenden und defizitorientierten Einstellungen gegenüber schwerbehinderten Personen. Die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen und Migrationshintergrund ist ebenfalls mit vielen Zugangsbarrieren versehen, insbesondere durch das Fehlen von muttersprachlichen Angeboten, qualifizierten Sprachmittler*innen und interkulturellem Wissen.

Bundeseinheitliche Kriterien für die Barrierefreiheit medizinischer Einrichtungen fehlen, ebenso finanzielle Anreize und Motivation zur Beseitigung vorhandener Barrieren sowie Richtlinien und Kriterien für die Gestaltung und Bewertung von Barrierefreiheit als Zulassungs- und Vergabekriterium in Ausschreibungen.

Für Frauen mit Behinderungen stellt insbesondere die unzureichende Anzahl barrierefreier gynäkologischer Praxen ein Problem dar. So sind beispielsweise deutschlandweit nur rund 25 Prozent aller Arztpraxen und nur 4 Prozent der gynäkologischen Praxen für den Rollstuhl nutzende Frauen barrierefrei zugänglich und damit nutzbar. Barrierefreiheit beinhaltet hier auch Aparaturen wie ein höhenverstellbarer gynäkologischer Stuhl oder ein Lifter.

Frauen mit Lernschwierigkeiten werden oftmals vom medizinischen Fachpersonal nicht oder nicht ausreichend über medizinische Maßnahmen aufgeklärt und schon

gar nicht an der Entscheidung beteiligt. Sie erhalten z.B. als Verhütungsmittel häufig die Drei-Monats-Spritze, eine Verhütungsform, die bei nicht behinderten Frauen aufgrund der Nebenwirkungen möglichst nicht eingesetzt wird. Auch die Sterilisation ist bei Frauen mit Lernschwierigkeiten häufiger Mittel der Wahl als bei nichtbehinderten Frauen. Bei Frauen mit anderen Behinderungen, z.B. bei gehörlosen Frauen, ist zum Teil eine informierte Entscheidung aufgrund von kommunikativen Barrieren nicht gewährleistet.

Krankenhausbereich: Erhebliche Defizite stellen sich im Krankenhausbereich dar, in dem die allgemeine Personalverknappung und die unter dem wirtschaftlichen Druck anhaltende Privatisierung vorrangig auf die Umsatzrendite zu Ungunsten der medizinischen Leistungsqualität und der „weichen“ Faktoren zielt. Das Fallpauschalen-basierte Vergütungssystem fördert vorzeitige Entlassungen gerade der aufwändig zu versorgenden Patienten mit Behinderungen aus dem Krankenhaus, obwohl noch erblicher Pflegebedarf besteht, oder vorschnelle Entlassungen in Pflegeeinrichtungen, trotz noch vorhandener Rehabilitationspotentiale. Gerade der Krankenhausbereich ist ungenügend auf den demografischen Wandel der Gesellschaft und die damit verbundene Zunahme multimorbider und mehrfach behinderter Patient*innen eingestellt. Dies gilt sowohl in fachlicher Hinsicht als auch im Hinblick auf die Ausstattung. Ferner ist die Assistenz in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation (Mitaufnahme eines Assistenten als auch die unterbrechungsfreie Weitergewährung der erforderlichen Hilfen) nur für Menschen mit Behinderungen gesetzlich geregelt, die ihre Assistenten in Form des Arbeitgebermodells selbst beschäftigen. Kunden von ambulanten Diensten und auch Bewohner stationärer Einrichtungen haben keinen Rechtsanspruch auf Assistenz im Krankenhaus.

Gewährung von Leistungen: Leistungsträger stellen oft den Umfang und die Qualität therapeutischer oder pflegerischer Leistungen für Menschen mit fortgeschrittenen Demenzen oder erworbenen Hirnschäden (z. B. Syndrom der reaktionslosen Wachheit, Wachkoma, Apallisches Syndrom) in Frage.

Auch die Begutachtungspraxis des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MD) führt dazu, dass Leistungen wie angepasste Hörhilfen, Rollstühle, technische Hilfsmittel, vorenthalten werden. Einerseits wird häufig eine Politik der Kostendämpfung verfolgt, andererseits sind die Mitarbeiter*innen des MD oft nicht ausreichend fachlich qualifiziert, um ihren Prüf- und Beratungsauftrag sachgerecht zu erfüllen.

Systemfremde wettbewerbliche Elemente (z.B. Ausschreibungen von Hilfsmitteln wie Rollstühle und Inkontinenzartikel) stellen den Kostenersparnisaspekt über Qualitäts-, Sicherheits- und Teilhabeaspekte. So werden den gesetzlich Versicherten aus Gründen der Kostenersparnis Versorger oder Lieferanten vorgeschrieben, die oft nicht kompetent und meist wohnortfern sind, was erhebliche Zugangsbarrieren

bedeutet. Zunehmend sind Patient*innen in der Situation, Aufzahlungen bei Hilfsmitteln leisten zu müssen – besonders dann, wenn die gewährte Mindest- oder Standardvariante bzw. die Festbetragsregelung nicht für eine bedarfsgerechte Versorgung ausreicht.

Quelle: Parallelbericht der BRK-Allianz, ab Seite 51 des Parallelberichts Art 25: http://www.brk-allianz.de/attachments/article/93/beschlossene_fassung_final_endg-logo.pdf

Gesundheitliche Versorgung aus Sicht der Behindertenbeauftragten der Länder und des Behindertenbeauftragten der Bundesregierung – Problemlagen und Forderungen

Nach der UN-BRK haben Menschen mit Behinderungen das Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit (Artikel 25); dieses umfasst etwa den Schutz von Selbstbestimmung in gesundheitlichen Angelegenheiten sowie

den Zugang auf eine gesundheitliche Versorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie Menschen ohne Behinderungen. Dies gilt ausdrücklich auch für geflüchtete Menschen mit Behinderungen.

Die Beauftragten erwarten: Qualitätsversorgung im Gesundheitssektor muss weiter gestärkt werden, Barrieren von Gesundheitsdiensten und Einrichtungen müssen weiter abgebaut werden. Das Ziel ist eine inklusive Gesundheitsversorgung.

Forderungen:

Barrierefreiheit als Standard im Gesundheitswesen

Ausbau der Barrierefreiheit und Gewährung angemessener Vorkehrungen nach Art 9 UN-BRK ohne Einschränkungen: Barrierefreiheit muss im öffentlichen Bereich und im Gesundheitswesen Standard werden, um dem Recht aller krankenversicherten Menschen auf freie Arztwahl Rechnung zu tragen. Die Barrierefreiheit ärztlicher Praxen ergibt sich aus dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dieser bezieht sich auf alle gesetzlich Versicherten, also jene mit und ohne eine Behinderung. In § 17 Abs. 1 SGB I heißt es, die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass Sozialleistungen in barrierefreien Räumen erbracht werden. Diese Regelung ist bereits 16 Jahre alt. Umso erstaunlicher ist es, dass sie noch nicht flächendeckend zu barrierefreien Praxen geführt hat.

Auch im SGB V heißt es in § 2a, dass den besonderen Belangen behinderter Menschen Rechnung zu tragen ist. Auch die UN-BRK ist in diesem Punkt eindeutig, indem nach Artikel 9 die Zugänglichkeit medizinischer Einrichtungen explizit gewährleistet werden muss.

Beispiele für Barrierefreiheit im Gesundheitswesen:

- Barrierefreies Notrufsystem auch für gehörlose Personen,

- Barrierefreie Ausstattung der Arztpraxen,
- Barrierefreie Kommunikation und Informationsversorgung nach dem zwei-Sinne-Prinzip (leichte Sprache, Dokumente wie Arztrechnungen, Medikationspläne etc. in barrierefreien Formaten (digital/barrierefrei, Braille etc.), sowie Bereitstellung von Kommunikationshilfen. Deren Finanzierung ist unkompliziert zu gewährleisten
- Die Verpflichtung zur Barrierefreiheit in der Gesundheitsversorgung soll im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) verpflichtend festgeschrieben werden. Dies schließt auch die Benennung und gesetzliche Verankerung einer geeigneten Prüf-, Beratungs- und Überwachungsstelle mit ein. Private Anbieter von Produkten und Dienstleistungen, die für die Allgemeinheit bestimmt sind – dazu gehören (zahn-)ärztliche Praxen –, müssen gesetzlich zur Barrierefreiheit verpflichtet werden. Dies gilt auch für Praxisübernahmen.
- Erarbeitung von Mindeststandards für die barrierefreie Ausgestaltung des Gesundheitswesens mit kontinuierlicher Beteiligung von Selbstvertretungsorganisationen von Menschen mit Behinderung.
- Bereits bestehende Verpflichtungen zur Barrierefreiheit müssen prominent und klar erkennbar auf den Internetseiten der Akteure, dazu gehören die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Bundesärztekammer (BÄK), veröffentlicht werden.
- Ein finanzielles Förderprogramm für den barrierefreien Umbau ärztlicher Praxen muss aufgebaut werden.

Vergütung medizinischer Leistungen inklusiv ausrichten

- Die Umsetzung von Barrierefreiheit in Arztpraxen ist bei der Vergütung zusätzlich zu honorieren.
- Auch ein behinderungsbedingter Mehraufwand in Bezug auf die Versorgung von Menschen mit Behinderung, muss im Gesundheitswesen ausreichend vergütet werden.

Spezialisierte Versorgung von erwachsenen Personen mit komplexen Beeinträchtigungen

Altersunabhängig haben Menschen mit intellektuellen Lernschwierigkeiten und weiteren komplexen Beeinträchtigungen einen erhöhten medizinischen Behandlungsbedarf (Therapeutisch und diagnostisch), da sie anfällig für physische und psychische Erkrankungen sind. Die Behandlung ist häufig zeitaufwendiger und erfordert fundierte Kenntnisse und die Absprache mit unterschiedlichen Beteiligten. Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres kann dieser Personenkreis die Angebote der Sozialpädiatrischen Zentren zur medizinischen Versorgung nutzen. Für diesen Personenkreis gibt es seit 2015 medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit komplexen Beeinträchtigungen (MZEB). Diese sind jedoch nicht flächendeckend vorhanden und ihre Zulassung ist an viele enge Kriterien und bürokratische Hürden gekoppelt. Die Zulassungsausschüsse der Bundesländer müssen Ermächtigungen

erteilen, und im Anschluss müssen langwierige Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen geführt werden. Zulassungsausschüsse lehnen Anträge häufig ab, da der Bedarf von Ihnen nicht gesehen wird. Vergütungsverhandlungen werden so ausgestaltet, dass ein wirtschaftliches Arbeiten der Zentren unmöglich wird, weil bspw. die Kriterien für behandlungswürdige Personen so eng geknüpft sind, dass viele Personen abgewiesen werden müssen. Viele MZEB wird das Behandeln praktisch untersagt und sie werden auf eine diagnostische- und Lotsenfunktion reduziert.

- Die Beauftragten fordern daher einen zügigen flächendeckenden Auf- und Ausbau der Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit intellektuellen Lernschwierigkeiten und komplexen Behinderungen (MZEB), als spezifische Ergänzung der medizinischen Regelversorgung.
- Fehlentwicklungen korrigieren: Zulassungsausschüsse dürfen Anträge auf Ermächtigung eines MZEB nur noch ablehnen, wenn sie nachweisen können, dass die Versorgung in der Region tatsächlich ausreichend ist.
- Behandlungsauftrag klarstellen: Die Reduktion eines MZEB auf eine reine Lotsenfunktion widerspricht sowohl dem Wortlaut des Gesetzes Behandlungszentrum als auch dem Sinn und Zweck der gesetzlichen Regelung.
- Verfahrensdauer festlegen: Die maximale Verfahrensdauer bis zum Abschluss der Vergütungsverhandlungen muss festgelegt werden. Wird die Verfahrensdauer überschritten, gilt das MZEB automatisch als ermächtigt (Rechtsfolge).
- Personenkreis angemessen definieren: Der Personenkreis, der in einem MZEB behandelt werden kann, muss so definiert werden, dass die bisherige Auslegungspraxis aufhört und Menschen, die von einer Behandlung profitieren könnten, nicht mehr ausgeschlossen werden dürfen.
- MZEB unterstützen: MZEB müssen im Antragsverfahren aktiv beraten und unterstützt werden, zum Beispiel durch die KBV und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV).

Finanzierung von Assistenzleistungen während eines Krankenhausaufenthaltes

Da die finanzielle Absicherung von Assistenzleistungen während eines Krankenhausaufenthaltes von Menschen mit Behinderungen in vielen Fällen nicht sichergestellt ist, vermeiden diese die stationäre Behandlung - mit gravierenden gesundheitlichen Folgen. Assistenz im Krankenhaus ist besonders notwendig für gehörlose und blinde Personen, sowie für Personen mit komplexen körperlichen Beeinträchtigungen.

Eine finanzielle Absicherung von Assistenzleistungen im Krankenhaus muss unabhängig von Behinderung und vom Leistungsbezug sichergestellt werden. Der Gesetzgeber hat die Notwendigkeit von Assistenz im Krankenhaus erkannt. Aus diesem Grund wurde durch das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im

Krankenhaus im Jahr 2009 die Mitaufnahme einer Assistenz auch zur Kassenleistung. Das Problem ist: Die Regelung greift nur, wenn die oder der Versicherte die Assistenz im sogenannten Arbeitgebermodell beschäftigt. Dies trifft nur auf sehr wenige Menschen zu. Viele Menschen leben in Einrichtungen und werden nicht von dieser Regelung erfasst. Auch Menschen die anderweitig Betreuungs- und Pflegeleistungen beziehen, fallen nicht unter diese Regelung. Die Rechtslage ist so unklar, dass sich weder die Krankenkasse noch die Eingliederungshilfe verantwortlich sieht, die lebensnotwendige Assistenz zu finanzieren. Des Weiteren ist der Personenkreis sehr heterogen und hat unterschiedliche Bedarfe, auf die flexibel reagiert werden muss, dies schließt auch ungeplante Krankenhausaufenthalte mit ein.

- Die Entscheidung, ob und von wem welche Assistenz im Krankenhaus bezahlt wird, darf nur vom Unterstützungsbedarf und nicht vom Ort des Leistungsbezugs abhängen. Es ist notwendig, diese Regelung im Sozialgesetzbuch zu verankern.
- In den Einrichtungen müssen zusätzliche Assistenzkräfte bereitgestellt und finanziert werden, damit Bezugsbetreuer*innen ins Krankenhaus begleiten können.
- Krankenhäuser brauchen einen Pool von qualifizierten Fachkräften, die speziell für die Betreuung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und/oder Mehrfachbehinderungen eingesetzt werden können.
- Das Aufnahmemanagement im Krankenhaus muss entsprechend geändert werden, damit schon im Vorfeld die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und/oder Mehrfachbehinderungen von Anfang an berücksichtigt werden können.

Das Thema Menschen mit Behinderung in die Aus- und Fortbildung der Gesundheitsberufe integrieren

- Die Bedarfe und Belange von Menschen mit Behinderungen müssen in den Berufs- und Prüfungsordnungen sämtlicher medizinischer Berufe verpflichtend verankert werden.
- Alle im Gesundheitssektor tätigen Personen müssen umfassend zu den Rechten vom Menschen mit Behinderungen informiert werden. Diese Informationen müssen sich an der Menschenwürde, Selbstbestimmung und Autonomie von Menschen mit Behinderung orientieren.
- Sie müssen Kenntnisse zur barrierefreien Kommunikation erhalten und wissen, wie sie angemessen und im Sinne der Menschenwürde mit Menschen mit Behinderungen kommunizieren.
- Sie müssen Verhaltenskonzepte Menschen mit Behinderungen gegenüber, kritisch reflektieren lernen und angemessene menschenrechtsbasierte Verhaltens- und Handlungskonzepte erarbeiten.

Verbesserung der Kooperation der Krankenhäuser mit den Systemen der Selbsthilfe und Selbstvertretungen

Die Vernetzung von Fachkräften und Selbsthilfe- und Selbstvertretungsorganisationen ist nicht ausreichend gewährleistet. Eine strukturierte und systematische Zusammenarbeit beginnend im Krankenhaus und in anderen medizinischen Bereichen, die Vernetzung und die Aktivierung von Selbsthilfeangeboten bis zum Entlass Management fördert, findet nur mangelhaft statt.

- Eine bessere Vernetzung muss dringend gefördert werden.
- Fachpersonal aller Gesundheitsbereiche müssen ihre Patient*innen auf Selbsthilfeangebote und Angebote der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung hinweisen. Dies schließt auch Selbsthilfeangebote Psychatriererfahrener mit ein.
- Der Zugang der Selbsthilfe- und Selbstvertretungsorganisationen zu den Krankenhäusern soll gewährleistet werden. Sie sind von Anfang an in die Krankenbehandlung einzubeziehen.

Quelle: Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen weiter verbessern! - Düsseldorfer Erklärung der Landesbehindertenbeauftragten und des Bundesbehindertenbeauftragten vom 21.03.2019

https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/20190322_D%C3%BCsseldorfer_Erkl%C3%A4rung.pdf?__blob=publicationFile&v=1

Quelle: Teilhabeempfehlungen Mehr Inklusion wagen! Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung Jürgen Dusel: Stand Dezember 2019

https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Teilhabeempfehlungen.pdf?__blob=publicationFile&v=3