

Positionspapier „Gesundheit und medizinische Rehabilitation“

Ausgangssituation

Dem Mehrbedarf von Menschen mit Behinderung in Gesundheitsversorgung, Prävention, Rehabilitation und Pflege ist in den letzten Jahren in der Tendenz immer schlechter entsprochen worden. Die Ursachen liegen teilweise in einer unzureichenden Gesetzgebung, teilweise in einer mangelhaften – durch die Exekutive geduldeten – Umsetzung vorhandener Gesetze. Damit bleibt die Versorgungssituation in Deutschland weit hinter den Maßstäben, die sich aus dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte behinderter Menschen ergeben, zurück.

Voraussetzungen

Aus den unumkehrbaren Entwicklungstendenzen, Menschen mit Behinderung mehr als bisher in die sozialräumlichen Bezüge zu inkludieren und die Ressourcen des Sozialraumes für ihre Unterstützung und Teilhabeförderung zu erschließen, ergeben sich markante Anforderungen an die Verfügbarkeit geeigneter, inklusiver Angebote der Gesundheitsversorgung. Die vorrangige Verantwortung für wohnortnahe, niedrighschwellige Angebote liegt ohne Zweifel beim Regelversorgungssystem. Das Regelversorgungssystem bedarf jedoch der Ergänzung durch Spezialangebote für besondere, vom Regelversorgungssystem nicht ausreichend zu bewältigende Bedarfslagen behinderter Menschen, die spezielle behinderungsspezifische Kompetenzen, interdisziplinäre Arbeitsformen und besondere Settings verlangen.

Forderungen

1. UN-Behindertenrechtskonvention zum Maßstab machen:

Der Gesetz- und Ordnungsgeber auf Bundes- und Landesebene ist gefordert, im Hinblick auf die Besonderheiten der Gesundheitsversorgung, Prävention, Rehabilitation und Pflege behinderter Menschen den Forderungen aus dem UN-Übereinkommen über die Rechte behinderter Menschen, namentlich seiner Artikel 25 und 26, nachdrücklich und nachhaltig Geltung zu verschaffen.

2. Disability Mainstreaming

Bestehende und zukünftige Gesetzgebung, die sich auf Gesundheitsversorgung, Prävention, Rehabilitation und Pflege bezieht, ist auf Benachteiligungen von Menschen mit Behinderung zu überprüfen. Gesetzliche und untergesetzliche Bestimmungen, die eine Benachteiligung bewirken oder ermöglichen, sind konsequent zu eliminieren (Disability Mainstreaming).

3. Verbindliche Wirkung der Gesetze:

Die Stärkung verbindlicher Rahmenbedingungen und Vorgaben für die Gesetzgebung, die sich auf Gesundheitsversorgung, Prävention, Rehabilitation und Pflege bezieht, ist eine erstrangige ordnungspolitische Forderung. Bestehende und zukünftige Gesetzgebung muss die Pflichten der Leistungsträger auslegungsfest und verpflichtend formulieren. Bloß ermöglichende Bestimmungen (Soll- oder Kann-Bestimmungen usw.) sind in verpflichtende Bestimmungen umzuformulieren. So könnten u. a. die seit Jahren verschleppte Umsetzung der mobilen Rehabilitation oder der seit Jahren bekannte Stillstand bei der Ausweitung von interdisziplinärer Frühförderung oder Soziotherapie überwunden werden.

4. Flächendeckende Einführung interdisziplinärer Frühförderung:

Die Frühförderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder muss endlich als interdisziplinäre trägerübergreifende Komplexleistung (entsprechend dem SGB IX) umgesetzt werden. Fach-, Behinderten- und Wohlfahrtsverbände haben hierzu wiederholt konkrete Vorschläge gemacht. Unverzichtbare Schritte sind die

verbindliche Definition der Komplexeleistung (keine Addition von Einzelleistungen, sondern integrierte Leistung in der gemeinsamen Verantwortung der Leistungsträger), die Festlegung von Leistungsinhalt, -umfang und Qualität (einschl. Leistungen zur Sicherung der Interdisziplinarität, mobiler Frühförderung und der Diagnostik), verbindliche Regelungen zu Pauschalvergütung, Kostenteilung und zum Verfahren, die Sicherung eines offenen niedrigschwelligen Beratungsangebotes sowie die Installation eines Konfliktlösungsmechanismus, um Blockaden beim Abschluss von Leistungsvereinbarungen zu verhindern.

5. Förderung der mobilen Rehabilitation:

Obwohl seit Jahren gesetzlich verankert, ist die mobile Rehabilitation kaum in der Versorgungsrealität wirksam geworden. Mobile Rehabilitationsdienste sehen sich mit kaum zu überwindenden Hürden konfrontiert. Die Politik ist gefordert, diese neue Form der Teilhabesicherung auch gegen Widerstände beim Reha-Träger durchzusetzen.

6. Anreize für sozialraumorientierte Angebote:

Die Gesundheitspolitik muss Rahmenbedingungen und Vorgaben schaffen, damit im Hinblick auf wohnortnahe Versorgungsangebote und auf die zunehmende Bedeutung des sozialräumlichen Ansatzes zwischen den verschiedenen Leistungsträgern und Leistungsanbietern Bedingungen und Anreize für verbindliche Kooperationsnetzwerke für die niederschwellige, effektive und bedarfsdeckende Versorgung von Menschen mit Behinderung entwickelt werden.

7. Stimulation der Zusammenarbeit:

Den Gremien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sind verbindliche und sanktionsbewehrte Auflagen zu erteilen, die bedarfsgerechte Versorgung behinderter Menschen im Bereich von Gesundheitsversorgung, Prävention, Rehabilitation und Pflege zu gewährleisten und alle Formen interdisziplinärer, multiprofessioneller und trägerübergreifender Zusammenarbeit zu fördern.

8. Auskömmliche Finanzierung des Mehraufwands der Versorgung:

In allen Sektoren und Bereichen der Gesundheitsversorgung, Prävention, Rehabilitation müssen bezüglich der Leistungsvergütung die Voraussetzungen für die bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit Behinderung sichergestellt werden. Der durch den behinderungsassoziierten quantitativen und qualitativen Mehrbedarf behinderter Menschen hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung bedingte Mehraufwand der Leistungserbringer in allen Sektoren und Bereichen der Gesundheitsversorgung, Prävention, Rehabilitation und Pflege muss durch auskömmliche Finanzierung ausgeglichen werden. Ebenso ist nachweisliche Barrierefreiheit in Leistungsvergütungen abzubilden.

9. Begrenzung der wirtschaftlichen Belastungen der Versicherten:

Die überdurchschnittlichen finanziellen Belastungen (Zuzahlungen, Aufzahlungen, Selbstbehalte) der Menschen mit Behinderung wegen ihres behinderungsassoziierten Mehrbedarfs in Gesundheitsversorgung, Prävention, Rehabilitation und Pflege müssen begrenzt werden, damit sie einerseits die überdurchschnittlich verminderte finanzielle Leistungskraft dieser Personengruppe nicht überfordern, andererseits Menschen mit Behinderung durch die verlangten finanziellen Eigenleistungen weder zum Leistungsverzicht noch in die schrittweise Verarmung zwingen.

10. Qualifizierte Krankenhausbehandlung behinderter Patienten:

Die Krankenhäuser sind im Rahmen der Landeskrankenhausplanung zu verpflichten, Bedingungen zu schaffen, damit Menschen mit Behinderung adäquat behandelt werden können. Für größere Versorgungsgebiete sind auf der Ebene von Häusern der Maximalversorgung oder der Schwerpunktversorgung qualifizierte Angebote für Menschen mit schweren Behinderungen vorzuhalten.

11. Sicherung der Finanzierung von strukturellen Vorhaltungen:

Die neue Finanzierungssystematik der psychiatrischen Krankenhausbehandlung muss durch zwingende politische Vorgaben derart ausgestaltet werden, dass sie namentlich den Bedürfnissen und Belangen schwer psychisch Kranker und seelisch behinderter Menschen gerecht wird. Die auskömmliche Finanzierung von strukturellen Vorhaltungen ist sicherzustellen.

12. Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung:

In Anknüpfung an die Erkenntnisse der Transitionsforschung und zur Überwindung schwerwiegender Versorgungsdefizite für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung und vergleichbarer Gruppen (z. B. Erwachsene mit komplexen erworbenen Hirnschäden) sind in Analogie zu den bewährten Sozialpädiatrischen Zentren die gesetzgeberischen Voraussetzungen für interdisziplinär besetzte, ambulant arbeitende Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung zu schaffen. Diese Zentren sollen das weiterhin vorrangig zuständige Regelversorgungssystem ergänzen und gleichzeitig als Kompetenzzentren zur Beratung des Regelversorgungssystem und für Aus-, Fort- und Weiterbildung dienen.

13. Behinderung und Selbstbestimmung zum Thema in Aus-, Fort- und Weiterbildung machen:

Die Politik ist gefordert, für eine adäquate Präsenz der Themen Behinderung, Barrierefreiheit, Selbstbestimmung usw. in den Aus-, Weiter- und Fortbildungen der Angehörigen aller Gesundheitsberufe Impulse zu geben (z. B. Vorgaben für die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen) und Bedingungen zu schaffen (z. B. Approbationsordnung).

14. Etablierung staatlich geförderter Versorgungsforschung:

Eine systematische, staatlich geförderte Versorgungsforschung muss sich auf die besonderen gesundheitsbezogenen Bedarfslagen von Menschen mit Behinderung über die Lebensspanne einerseits, auf die Leistungsfähigkeit und Defizite der gegebenen Versorgungsstrukturen in Gesundheitsversorgung, Prävention, Rehabilitation und Pflege andererseits richten und Entwicklungspotentiale identifizieren, die auch der Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung dienen.

Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband ist der Dachverband der Diakonischen Werke der evangelischen Landes- und Freikirchen sowie der Fachverbände der verschiedensten Arbeitsfelder. Zur Diakonie gehören etwa 27.000 stationäre und ambulante Dienste wie Pflegeheime, Krankenhäuser, Kitas, Beratungsstellen und Sozialstationen mit 453.000 Mitarbeitenden und etwa 700.000 freiwillig Engagierten. Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband ist wie Brot für die Welt – Evangelischer Entwicklungsdienst Teil des neuen Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung.

*Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Entwicklung und Diakonie e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
Telefon: 030 65211-0
Telefax: 030 65211-3333
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de*

Der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe ist ein Fachverband im Evangelischen Werk für Diakonie und Entwicklung. Seine rund 600 Mitgliedseinrichtungen halten Angebote für mehr als 100.000 Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung aller Altersstufen bereit. Damit deckt der BeB wesentliche Teile der Angebote der Behindertenhilfe sowie der Sozialpsychiatrie in Deutschland ab. Als Zusammenschluss von evangelischen Einrichtungen, Diensten und Initiativen fördert, unterstützt und begleitet der BeB Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung und deren Angehörige und wird selbst durch zwei Beiräte aus diesen Interessengruppen kritisch begleitet.

*Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB)
Invalidenstraße 29
10115 Berlin
Telefon: 030 83 001-270
Telefax: 030 83 001-275
info@beb-ev.de
www.beb-ev.de*