

Inhaltsverzeichnis

Seite 1

Wahlforderung Nr. 1

Digitale Teilhabe von Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen

Seiten 2-4

Wahlforderung Nr. 2

Mehr bezahlbarer inklusiver Wohnraum für Menschen mit und ohne Behinderung

Seiten 5-7

Wahlforderung Nr. 3

Vielfältige Arbeitsmöglichkeiten für Menschen mit Schwerbehinderung

Seiten 8-9

Wahlforderung Nr. 4

Diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung für alle

Seiten 10-15

Wahlforderung Nr. 5

Mehr Teilhaberechte für Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen

Seiten 16-18

Wahlforderung Nr. 6

Mehr gesellschaftliche Anerkennung für Fachkräfte in der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie

Seiten 19-20

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB)

Invalidenstraße 29
10115 Berlin

Telefon: 030 / 83 001- 270
E-Mail: info@beb-ev.de
Web: www.beb-ev.de

<https://beb-ev.de/btw2021>



Menschen in besonderen Wohnformen sind am stärksten von der Ungleichheit in der digitalen Ausstattung betroffen. Selbstbestimmung jedoch setzt Internetzugang und digitale Ausstattung voraus.

Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung sind im Vergleich zur Gesamtbevölkerung unterdurchschnittlich mit internetfähigen Endgeräten wie Smartphones und Tablet-PCs ausgestattet.

Der gleichberechtigte Zugang zu digitaler Technologie aber ist die Voraussetzung für eine gelingende Inklusion, denn die Digitalisierung erfasst alle Lebens- und Gesellschaftsbereiche: Viele Menschen gestalten ihre Beziehungen zunehmend auch virtuell und teilen und beziehen ihr Wissen aus dem Internet und den sozialen Medien. In der COVID-19-Pandemie wurde der Stellenwert digitaler Kommunikation wie Messengerdienste, Videotelefonie bis hin zur Warn-App besonders deutlich.

Der BeB setzt sich dafür ein, dass Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung in digitalen Lebensräumen sozial handlungsfähig bleiben, bzw. werden. Zumal die digitale Transformation gerade ihnen viele Chancen bietet, z.B. Anwendungen, die helfen, eingeschränkte Lese-Schreib-Fähigkeiten oder Sprachbarrieren zu überwinden oder Assistenzsysteme wie Staubsaugerroboter oder Smart Home-Elemente für eine selbstständigere Lebensführung.

Digitale Ungleichheit basiert auf technischen und ökonomischen Barrieren sowie mangelnder sozialer Unterstützung. Daher fordern wir:

1. Einen Rechtsanspruch auf digitale Teilhabe

Vom Recht auf digitale Teilhabe ist in der UN-Behindertenrechtskonvention noch nicht die Rede, es wird jedoch inhaltlich beschrieben: „[D]ie volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft (...)“ wie auch „die Zugänglichkeit“ (Art. 3 UN BRK) zu Bildung, neuer Technologie und Informationen (u.a. Art. 4; 9, 24; 29 UN BRK) sind verbindliche Grundsätze (...), die aus den Allgemeinen Menschenrechten abgeleitet werden.“ Dennoch findet das Digitale bis heute keinen direkten Eingang ins Bundesteilhabegesetz; Leistungen wie mobiles Internet und Computer müssen über die im Gesetz aufgeführten neun Lebensbereiche argumentiert, d.h. ihre Notwendigkeit muss über die ‚Teilhabe an Bildung‘ oder ‚Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft‘ abgeleitet werden.

Forderung:

Wir fordern, dass die digitale Teilhabe leistungsrechtlich ausgestaltet wird und einen Rechtsanspruch im SGB IX begründet. Es kann nicht sein, dass Menschen mit Behinderung digitale Teilhabe mühsam einklagen müssen.

2. Erhöhung der Grundsicherung

Die Grundsicherung sollte einen Betrag von 80 €/monatl. für „Nachrichtenübermittlung“ enthalten, um einen internetfähigen Telefonanschluss in der eigenen Häuslichkeit und die Nutzung eines Smartphones mit mobilem Internet finanzieren zu können. Darüber hinaus muss ein Desktop-PC inklusive Bildschirm und Tastatur und ein Drucker zur Grundausstattung „für Wohnungen einschließlich Haushaltsgeräten“ (§ 31 Abs. 1 SGB II) zählen.

3. Refinanzierung der digitalen Ausstattung in besonderen Wohnformen

Die Förderung, bzw. Refinanzierung der digitalen Ausstattung in besonderen Wohnformen und im barrierefreien sozialen Wohnungsbau sowohl in der Infrastruktur als auch in der Individualförderung sichert die digitale Teilhabe.

- Mit der digitalen Infrastruktur sind technische Vorrichtungen wie Kabelkanäle, Funknetze und intelligente Haustechnik gemeint.
- In der Individualförderung sind die individuelle Wohnungsausstattung mit Sensorik und intelligenten Alltagsgegenständen (z.B. Sprachsteuerung) als Regelleistung zu refinanzieren.
- In besonderen Wohnformen sollte freies WLAN durch die Leistungsträger der Teilhabeleistung finanziert werden.

4. Förderung des Kompetenzerwerbs

Menschen in besonderen Wohnformen haben oftmals einen höheren Unterstützungsbedarf und sind auch bei der digitalen Teilhabe auf begleitende Mitarbeiter*innen angewiesen. Hierfür bedarf es gezielter Schulung des Basispersonals. Ebenso sind inklusive Lehr-Lernkonzepte sinnvoll, in denen Menschen mit und ohne Behinderung gemeinsam Medienkompetenzen entwickeln, siehe z.B. (www.piksl.net; www.padigi-medienkompetenz.de/)

Forderung:

Wir fordern daher die „Digitale Teilhabe“ als festen Bestandteil in alle schulischen oder betrieblichen Ausbildungspläne für Erzieher*innen, Sozialarbeiter*innen oder Heilerziehungspfleger*innen aufzunehmen.

Die Förderung des digitalen Kompetenzerwerbs für Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung sollte im Rahmen von individuellen Hilfeplänen und/oder durch einrichtungseigene medienpädagogische Konzepte verankert werden. Sie sollte außerdem als Teilhabeleistung anerkannt sein.

5. Barrierefreiheit – vom Online-Banking bis hin zu Social Media-Kanälen

Die Barrierefreiheit von Social Media-Kanälen bis hin zum Online-Banking ist noch immer unzureichend. Dies betrifft nicht allein persönliche Endgeräte, Apps oder Webseiten, sondern auch digitale Alltagsgeräte wie z.B. die Bedienoberflächen von Fahrkarten- und Bankautomaten. Auch die schnelle Veränderung digitaler Bedienoberflächen stellt insbesondere Menschen mit Lernschwierigkeiten vor enorme Herausforderungen.

Forderung:

Webseiten und mobile Angebote müssen wahrnehmbar, bedienbar, verständlich und robust gestaltet sein, so dass sie von Personen mit unterschiedlichsten digitalen Kompetenzen genutzt werden können.

Außerdem ist der Anwendungsbereich der Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung (BITV 2.0) auf folgende Bereiche der Daseinsvorsorge auszuweiten, um allen Menschen die digitale Teilhabe zu ermöglichen:

- Organisationen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft
- Banken, Versicherungen und Reiseanbieter
- Wohnungs-, Entsorgungs-, Wasser- und Energiewirtschaft

Die EU-Richtlinie zu Barrierefreiheitsanforderungen für Produkte und Dienstleistungen ist konsequent umzusetzen. Dazu zählen:

- Hardware, Betriebssysteme
- E-Book-Lesegeräte oder Selbstbedienungsterminals
- Webbasierte Dienstleistungen wie E-Plattformen
- Online-Banking, Social-Media

6. E- und Open-Government in der Eingliederungshilfe etablieren

Das Onlinezugangsgesetz (OZG) wurde 2017 vom Bundestag beschlossen. Es verpflichtet Bund und Länder bis 2022 ihre Verwaltungsleistungen auch über Verwaltungsportale anzubieten (§ 1 Abs.1 OZG). Durch diesen Verbund soll ein „barriere- und medienbruchfreier Zugang zu elektronischen Verwaltungsdienstleistungen der Verwaltungsträger“ (§ 3 Abs. 1 OZG) sichergestellt werden.

Ohne E-Barrierefreiheit wird die Beteiligung von Interessenvertretungen bei kommunalen bzw. gesetzgeberischen Prozessen von vorneherein unmöglich gemacht.

Forderung:

Erster Schritt zur Mitentscheidung ist der Zugang zu entsprechenden Informationen durch barrierefreie Auffindbarkeit und Nutzerfreundlichkeit der Anwendungen. Wir fordern daher:

- Einbeziehung der Selbstvertretungen von Menschen mit Behinderung in die Entwicklung von E- und Open-Government der Eingliederungshilfe
- Partizipative Entwicklung von “mobile Government”, für Verwaltungsangelegenheiten
- Förderung zivilgesellschaftlicher Initiativen zur Weiterentwicklung von Angeboten und Dienstleistungen von Open-Government
- Einbeziehung der Teilhabeleistungsträger in den Portalverbund bis 2025

Möglichkeiten der Partizipation können zu mehr sozialer und politischer Teilhabe führen. Dies hat das 5-jährige Projekt des BeB “Index für Partizipation” gezeigt, erfahren Sie mehr unter www.beb-mitbestimmen.de.



Für ein selbstbestimmtes Leben brauchen Menschen mit Behinderungen nicht nur bezahlbaren Wohnraum, sondern auch Teilhabemöglichkeiten im Quartier. Ihre Belange müssen berücksichtigt werden.

Bezahlbarer Wohnraum ist gerade in Ballungsräumen knapp. Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen sind besonders benachteiligt, denn die wenigstens Wohnungen erfüllen die nötigen Voraussetzungen von Barrierefreiheit. Auch fehlen vielerorts soziale Angebote wie Tagespflege und Beratungsstellen und Anlaufstellen im Quartier.

In der Wohnungsfrage sind nachhaltige Lösungen für alle gefordert. Dazu gehört, die bisher unerfüllten Ansprüche von Menschen mit besonderen Bedarfen, wie sie im Art. 19 (umfängliches Leben in der Gemeinschaft) der UN-BRK formuliert wurden, umzusetzen und die politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stärker als zuvor auf das inklusive Wohnen auszurichten.

Eine der Voraussetzungen dafür ist, Spekulationen rein wirtschaftlicher Großunternehmen bei der Umgestaltung von Mietwohnungen in Eigentum zu verhindern. Denn ist die Stadt erst ausverkauft, besteht kein politischer Handlungsspielraum mehr.

Ziel sind Sozialräume, in denen Menschen selbstbestimmt zusammenleben können und sich wohl fühlen. In attraktiven, funktionalen und ökologisch nachhaltigen Wohnungen. In kleineren Wohngemeinschaften oder alleine.

Der Zugang der Bevölkerung zu bezahlbarem Wohnraum ist gegenwärtig eine der größten politischen Herausforderungen. Menschen mit Behinderungen dürfen hierbei nicht benachteiligt werden. Deshalb fordern wir:

1. Bauplanung und Vergabe nur mit Barrierefreiheit

Jedes neue Gebäude sollte barrierefrei sein. Das aber bedeutet mehr als ‚Rampen statt Treppen‘. Es betrifft die rollstuhlgerechte Breite von Eingängen und Türen, die Größe von Fluren in Geschäften und Arztpraxen und die Zugänglichkeit von Bahnhöfen, Theatern und Ämtern mithilfe von Fahrstühlen.

Welche Anforderung die Barrierefreiheit an Wohnungen und Gebäude stellt, hat das Deutsche Institut für Normung erarbeitet, diese Normen sollten auch für die öffentliche und private Wohnungswirtschaft verbindlich werden.

Forderung:

Um die Anzahl bezahlbarer barrierefreier Wohnungen massiv zu erhöhen, sollte die Vergabe von Grundstücken und die Planung von Neubauprojekten an Barrierefreiheit geknüpft werden. Auch bei der Modernisierung des Wohnungsbestandes sollte die Sicherstellung der Barrierefreiheit zu einem maßgeblichen Kriterium von Fördermitteln werden.

2. Bauplanung und Vergabe an sozial-gemeinnützige Angebote knüpfen

Um die Vereinbarungen in der UN-BRK bezgl. der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung zu erfüllen, sollte die Bauplanung und Vergabe an passende sozial-gemeinnützige Angebote (z.B. Beratungsstellen für psychisch erkrankte Menschen, Tagespflege, inklusive Wohneinheiten) im Quartier geknüpft werden. Der daraus resultierende wachsende Anteil gemeinnütziger Angebote soll allen Menschen im Viertel zugute kommen.

3. Beteiligung von Interessensvertretungen der Menschen mit Behinderung bei der Bauplanung

Menschen mit besonderen Bedürfnissen wissen in der Regel, wie sich in ihrem Stadtteil an vorhandene soziale Netzwerke und gemeinnützige Angebote anknüpfen lässt.

Forderung:

Daher ist eine Beteiligung von ihren Interessensvertretungen bei der Bauplanung ein wichtiger Beitrag zu mehr Teilhabe im Rahmen von fallunabhängiger Quartiersarbeit. Ziel dabei ist stets, das Angebot der quartierseigenen Unterstützung für alle Menschen zu verbessern und die Einzelfallfixierung in der Sozialarbeit zu überwinden.

4. Förderung bzw. Neudefinition der Größe von Sonderbauten

Es bedarf der Neudefinition der Größe von Sonderbauten mit deutlich kleineren Wohneinheiten, um eine freiere Wahl von Wohnformen zu ermöglichen, so dass Menschen mit Behinderungen Wahlmöglichkeiten bezüglich ihrer Wohnsituation haben – s.a. UN-BRK Art. 19; BTHG §113. (vgl. auch die Ergebnisse des Projekts „Wohnen.selbstbestimmt“ auf www.wohnen-selbstbestimmt.de – so zeigte sich z.B., dass die Regeln für Sonderbauten mit kleinen Individualbereichen und vorgegebenen Flächen für Gemeinschaftsräume nicht mehr zeitgemäß sind, da Menschen mit Behinderungen heute mehrheitlich allein oder zu zweit in der eigenen Wohnung leben möchten.)

Die Erfahrungen mit der COVID-19-Pandemie haben außerdem gezeigt, dass die herkömmlichen Wohneinheiten mit 24 Plätzen verkleinert werden müssen. Einzelzimmer mit eigenem Bad müssen Mindeststandard sein.

5. Energetische und barrierefreie Sanierung von bestehenden Gebäuden

Wir fordern den Ausbau bestehender staatlicher Förderprogramme für Sanierung und barrierefreien Umbau. Um die energetische, klimaneutrale Sanierung von bestehenden Immobilien sicherzustellen, ist ein Ausbau staatlicher Förderprogramme erforderlich. Gleichzeitig sollten die Programme für Sanierung und barrierefreien Umbau unbürokratischer ausgestaltet werden.

6. Quote im sozialen Wohnungsbau und bei allen Neubauprojekten

Wir fordern eine ausreichende Quote für barrierefreie bezahlbare Wohnungen bei allen Neubauprojekten. Mieterinnen und Mieter müssen gestärkt werden, insbesondere diejenigen, die von Armut bedroht sind, da angesichts der Wohnungsnot viele soziale Angebote und Therapien überhaupt nicht greifen, vergl. auch das „Bündnis fairer Wohnraum“ der Diakonie RWL

7. Änderung der Verbilligungsrichtlinie

Die Richtlinie der Bundesanstalt für Immobilienaufgaben zur verbilligten Abgabe von Grundstücken (VerbR 2018) regelt die Verwertung von Bundesimmobilien: Ein Erstzugriffsrecht haben Gebietskörperschaften. Haben diese kein Interesse, kommt die Immobilie auf den freien Markt. D.h., dass gemeinnützige Unternehmen, die bereit wären, bezahlbaren inklusiven Wohnraum zu schaffen, kaum eine Chance haben, eine solche Immobilie zu ersteigern.

Forderung:

Daher fordern wir, die Verbilligungsrichtlinie zu ändern, so dass gemeinnützige Unternehmen ebenso wie Gebietskörperschaften ein Erstzugriffsrecht haben.

8. Förderung gemeinwohlorientierten Wohnens im Steuerrecht

Inklusive Wohnprojekte, d.h. Projekte, in denen Menschen mit und ohne Behinderung zusammenleben, sollten die Gemeinnützigkeit des Anbieters nicht in Frage stellen.

Forderung:

Für uns sind alle Formen des gemeinwohlorientierten Bauens gemeinnützig und daher durch Steuererleichterungen zu fördern.



Erwerbsarbeit ist in unserer Gesellschaft von zentraler Bedeutung. Sie ermöglicht nicht nur finanzielle Unabhängigkeit, sondern durch sie können wir Wertschätzung und soziale Anerkennung erfahren.

Die Zahl der regulär beschäftigten Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung und die Beschäftigungsquote haben sich im Zug des Beschäftigungszuwachses der vergangenen Jahre erhöht. Zugleich ist die Zahl der arbeitslosen Menschen mit Schwerbehinderung nahezu konstant geblieben. Die strukturelle Benachteiligung ist damit angestiegen.

Zudem sind immer mehr Menschen in Werkstätten* und Tagesförderstätten beschäftigt, worin sich ebenfalls die Unwilligkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes ausdrückt, diese Personengruppe aufzunehmen. Gute berufliche Bildung und eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind immer noch die zentrale Voraussetzung für gleichberechtigte Teilhabe in allen Lebensbereichen.

Die UN-BRK verpflichtet zur Gestaltung von Rahmenbedingungen, die Menschen mit Behinderung einen wirkungsvollen Zugang u.a. zu Beratung, Berufsausbildung, Stellenvermittlung und Arbeitsplätzen ermöglichen (Art 27). D.h. konkret, dass sämtliche Barrieren abgebaut werden, die der gleichberechtigten Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen im Wege stehen.

** für Menschen mit Behinderung*

Einiges wurde in den letzten Jahren geregelt, doch noch immer ist der Rechtsanspruch auf gleichberechtigte Teilhabe am Arbeitsleben nicht umfänglich realisiert. Daher fordern wir:

1. Personenzentrierte Beratungs- und Weiterbildungsangebote für die Karriereplanung von Menschen mit Behinderung.

Auch für Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung soll eine echte Karriere möglich sein.

Forderung:

Notwendig sind daher unabhängige und personenzentrierte Beratungsangebote für eine individuelle Karriereplanung, die eine passende Berufswahl absichern und Barrieren für die Erprobung und den Wechsel in neue Arbeitsverhältnisse, z.B. im ‚Budget für Arbeit‘, beseitigt. Außerdem fordern wir mehr Möglichkeiten zum Nachholen von Bildungsabschlüssen oder zur Qualifizierung für Folgeausbildungen, z.B. nach erfolgter psychischer Stabilisierung im Rahmen des ‚Budgets für Ausbildung.‘

2. Streichung des Zusatzes „Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung“ aus § 219 als Zugangskriterium

Das „Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung“ (§ 219 Abs.2 Satz 1 SGB IX) verstößt gegen das Benachteiligungsverbot und muss daher gestrichen werden! Auch Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf ist bundesweit der Zugang zu sozialversicherungspflichtigen Arbeitsmöglichkeiten zu eröffnen.

3. Konsequente Weiterentwicklung und Einsatz assistiver Technologien

Assistive Technologien wie Robotik oder virtuelle Assistenten können vielen Menschen mit Behinderung den Zugang zu zukunftsfähigen Arbeitsmöglichkeiten eröffnen.

Forderung: Ihre Weiterentwicklung muss gefördert und ihr Einsatz unbürokratisch finanziert werden.

4a. Auskömmliche Entlohnung auch für Menschen mit Behinderung

Der Arbeitsbegriff muss weiter gefasst werden. Auch Beschäftigte mit hohem Unterstützungsbedarf müssen auskömmlich für ihre Leistung entlohnt werden.

Forderung:

Dafür sind Finanzierungsmöglichkeiten der Gesellschaft als Solidargemeinschaft aufzutun: Länder wie Österreich machen mit der öffentlichen refinanzierten und entlohnten Beschäftigung von Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf vor, dass dies möglich ist.

Auch das Werkstattentgelt muss auskömmlich erhöht und aus einer Hand ausgezahlt werden. Dies wäre eine gesellschaftliche Anerkennung der Leistungen der Beschäftigten und der Werkstätten, die ein wichtiger Wirtschaftsfaktor sind. Werkstätten sollten zudem Teil des allgemeinen Arbeitsmarktes werden, wobei der Rehasstatus der Beschäftigten erhalten bleiben muss.

4b. Stärkung des ‚Budget für Arbeit‘

Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf haben bisher keinen Zugang zum ‚Budget für Arbeit‘.

Forderung:

Daher ist eine unserer Forderungen, ihnen bundesweit und konsequent der Zugang zu sozialversicherungspflichtiger Arbeit in Werkstätten, bei anderen Leistungsanbietern, Inklusionsfirmen und Betrieben im Rahmen des ‚Budget für Arbeit‘ zu eröffnen.

5. Die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung attraktiv für Arbeitgeber gestalten

Die Reduzierung von Barrieren bei Arbeitgebern, Bewerber*innen mit Behinderungen einzustellen, ist eine der wichtigsten Bedingungen für die Teilhabe am Arbeitsleben.

Forderung:

Eine Erhöhung der Ausgleichsabgabe würde einen entscheidenden Beitrag dazu leisten, die Einstellung und Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen attraktiver zu machen. Die Unterstützung von Arbeitgebern bei der Einstellung und (Weiter-)Beschäftigung von Arbeitnehmer*innen mit Behinderung muss zudem unbürokratisch im benötigten Umfang und zeitnah erfolgen, damit die Unternehmen Planungssicherheit haben.

6. Corona-bedingte Unterstützung von Unternehmen zukunftsorientiert auszugestalten

Die strukturelle Benachteiligung von Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung muss reduziert werden und darf sich pandemiebedingt keinesfalls verschärfen. Die Rückbindung der Corona-bedingten Hilfen an die barrierefreie Weiterentwicklung der Arbeitsmöglichkeiten könnte entscheidend dazu beitragen, genau diese strukturelle Benachteiligung auf dem Arbeitsmarkt abzubauen.



Mit Präventionsmaßnahmen und Verbesserung der Gesundheitskompetenz z.B. bei Ernährung und Bewegung kann den gehäuften Erkrankungsrisiken von Menschen mit Behinderungen wirksam begegnet werden.

Menschen mit schwerer oder mehrfacher Behinderung haben ein deutlich höheres Erkrankungsrisiko und sind daher häufiger auf Leistungen des Gesundheitssystems angewiesen. Deutschland hat sich in der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) verpflichtet, Menschen mit Behinderung eine umfassende, diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung zu garantieren.

Dabei stellen sich sowohl an die Diagnostik als auch die fachgerechte Behandlung der Betroffenen wegen behinderungsbedingter Besonderheiten hohe Anforderungen. Leider wird auch 10 Jahre nach Inkrafttreten der UN-BRK den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung vielerorts nicht ausreichend Rechnung getragen. Während der SARS-CoV-2-Pandemie haben sich diese Unzulänglichkeiten nochmals verschärft.

Es gibt eine ganze Reihe von Hebeln, an denen wir ansetzen müssen, um die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen deutlich zu verbessern; Frühförderung, Barrierefreiheit von Arztpraxen, Assistenz bei Krankenhausbehandlungen und die Förderung von Gesundheitskompetenzen sind nur einige davon.

Die Erfahrung von Benachteiligungen in der gesundheitlichen Versorgung sind übrigens der Grund für die kritische Position von Menschen mit Behinderung und ihren Selbstvertretungsorganisationen in der Diskussion um Allokationskriterien für knappe intensivmedizinische Behandlungskapazitäten („Triage“).

Viele gesellschaftliche Kräfte müssen zusammenwirken, um den Anspruch an eine diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung Wirklichkeit werden zu lassen. Daher fordern wir u.a:

1. Ausbau und Sicherung der Prävention für Menschen mit schwerer oder mehrfacher Behinderung

Menschen mit schwerer oder mehrfacher Behinderung haben oft erhöhte Erkrankungsrisiken (z.B. Schilddrüsenunterfunktion bei Menschen mit Down-Syndrom, Bewegungsmangel oder Fehlernährung bei kognitiven Beeinträchtigungen). Gezielte Prävention und eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz sowie die Sicherstellung der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen können den gehäuften Erkrankungsrisiken

wirksam begegnen. Nach wie vor fehlt es allerdings an geeigneten Angeboten.

Forderung:

Wir fordern den Gesetzgeber auf, den Krankenversicherungsträger zur Spezialisierung von Präventionsangeboten für Menschen mit Behinderungen zu verpflichten.

Personen mit schwerer oder mehrfacher Behinderung brauchen spezielle Präventionsmaßnahmen: So äußern z.B. Menschen mit geistiger Behinderung oft sehr spät eine verschlechterte Hör- und Sehfähigkeit. Eine verbesserte Früherkennung kann hier einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitserhaltung der Betroffenen leisten.

2. Abbau der Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung

Eine bundesweite Befragung der Stiftung Gesundheit zeigt, dass nur 11% der Arzt- und Psychotherapiepraxen barrierefrei sind. Damit ist die freie Wahl des Arztes für Menschen mit Behinderung deutlich eingeschränkt. Um die Umgestaltung bereits bestehender, nicht barrierefreier Arztpraxen voranzutreiben, sollte der Gesetzgeber Anreize in Form nicht rückzahlungspflichtiger Zuschüsse schaffen.

Forderung:

Um Neubauten künftig barrierefrei zu gestalten, muss das Konzept der Barrierefreiheit in jedem Bundesland bereits in die Bauplanung mit einbezogen werden – vergl. auch die Forderungen des BeB zum inklusiven Wohnen.

Seit 2020 sind außerdem die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, „(...) die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit (...) über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzt*innen und die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen (...)“ zu informieren (§ 75 Abs. 1a). Dieser gesetzlichen Verpflichtung kommen sie bislang nicht hinreichend nach: Die Recherchemöglichkeiten auf den Websites sind oft unzureichend und schwer zugänglich.

Forderung: Wir fordern daher die Kassenärztlichen Vereinigungen auf, hier nachzubessern.

Ein zentrales bundeseinheitliches Zertifizierungssystem mit einem umfassenden Kriterienkatalog könnte helfen, Arztpraxen und ihre Barrierefreiheit einzuschätzen und gezielt Maßnahmen zu ihrer Verbesserung zu empfehlen.

3. Anpassung des Aufnahme- und Entlassmanagements an behinderungsbedingte Bedürfnisse

Für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, die sich mitunter schwer verständlich machen können, ist ein so genanntes effektives Aufnahme- und Entlassmanagement wichtig. Es dient dem leichteren Übergang von stationären in ambulante Strukturen und umgekehrt. Gesetzlich ist ein spezielles Entlassmanagement für Krankenhäuser gemäß § 39 Abs. 1a SGB V vorgesehen. Allerdings wird in der Praxis den speziellen behinderungsbedingten Bedarfen nicht ausreichend Rechnung getragen. Dies liegt u.a. daran, dass das Klinikpersonal oft über wenig Kenntnisse über die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen verfügt. Betroffene, bzw. ihre Angehörigen oder gesetzlichen Betreuer*innen werden darüber hinaus zu wenig in die Vorgänge mit einbezogen und nicht immer ausreichend informiert.

Forderung:

Krankenhäuser sollten sich auf die behinderungsbedingten Bedarfe bestmöglich einstellen, dazu eignen sich spezielle Checklisten und kommunikative Verfahren, die es ermöglichen, Menschen mit Behinderung mit in den Behandlungsprozess mit einzubeziehen.

Wichtig ist außerdem, dass der Abschluss von sog. Qualitätsverträgen nach § 110a Abs. 1 SGB V von den Kassen vorangetrieben wird. Sie enthalten den Leistungsbereich „Versorgung von Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung“, der auch die Finanzierung von sog. krankenhausinternen Lotsen ermöglicht.

4. Sicherstellung von Assistenz im Krankenhaus

Viele Menschen mit schwerer Behinderung, namentlich mit kognitiven Beeinträchtigungen, brauchen eine Begleitperson, wenn sie ins Krankenhaus kommen: Eine vertraute Person, die Verhalten und Symptomatik des Patienten/der Patientin interpretiert und für Ärzte/Ärztinnen und Pflegekräfte übersetzt und außerdem den Patienten/die Patientin beruhigt, so dass er/sie die diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen toleriert.

Ärzte/Ärztinnen und Pflegekräfte sind auf den Umgang mit Menschen mit Behinderungen in der Regel nicht vorbereitet. Das kann dazu führen, dass Symptome nicht erkannt oder falsch gedeutet werden. Auch wird die zeitintensivere Versorgung wegen Personalmangel oft nicht in vollem Umfang geleistet.

Eine solche Begleitperson ist so essentiell, dass Krankenhäuser teilweise die Aufnahme verweigern, wenn nicht die Begleitung der Patient*innen zugesagt wird. Dennoch besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Begleitung im Krankenhaus oder in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 11 Abs. 3 SGB V nur, wenn dies medizinisch notwendig ist.

Forderung:

Dies gilt es zu ändern: Für Menschen mit Behinderung sollte grundsätzlich ein gesetzlicher Anspruch auf Begleitung durch eine ihnen vertraute Person (Angehörige oder Mitarbeiter*innen der Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe) während eines Krankenhausaufenthalts bestehen. Diese Regelung muss auch einen Anspruch auf die Finanzierung von Einkommensverlusten Angehöriger bzw. die Erstattung von Personalkosten von Mitarbeitenden aus Diensten und Einrichtungen beinhalten. Bislang fehlt eine solche bundesweite Regelung.

Nur Menschen, die ihre Pflege im Arbeitgebermodell organisieren, also selbst Arbeitgeber*in ihrer Assistenzkraft sind, haben Anspruch auf Vergütung der Assistenz während ihres Krankenhausaufenthaltes (vgl. § 11 Abs. 3 SGB V). Für geistig oder mehrfach behinderte Personen eignet sich diese Organisation der Assistenz in der Regel nicht.

5. Bessere Verfügbarkeit von medizinischen Rehabilitationsleistungen

Menschen mit schweren Behinderungen und/oder Pflegebedürftigkeit haben aufgrund von Zugangsbeschränkungen in Rehakliniken kaum Chancen, eine medizinische Rehabilitation zu erhalten, obwohl ein Anspruch auf diese Leistungen nach § 40 SGB V besteht. Dies gilt insbesondere auch für Bewohner*innen von Pflegeheimen, bei denen eine Studie im Auftrag des BMG einen hohen Rehabilitationsbedarf festgestellt hat.

Für Menschen mit Behinderung, die sich schwer in fremden Umgebungen zurechtfinden, ist ein Rehabilitationsangebot im gewohnten Umfeld erfolgsversprechend. Zurzeit steht eine solche ‚Mobile Rehabilitation‘ jedoch nur an 20 Standorten und dort praktisch nur für geriatrische Klient*innen zur Verfügung. Auch Menschen mit Beatmung bedürfen einer spezifischen Rehabilitation; intensivmedizinische Rehabilitationsangebote (IMR) existieren aber bis heute nicht.

Forderung:

Notwendig sind also flächendeckende Rehabilitationsangebote für schwer- und mehrfachbehinderte Personen, Pflegebedürftige und auch für Bewohner*innen von Pflegeheimen und Menschen mit Beatmung. Zudem fordern wir den Ausbau der ‚Mobilen Rehabilitation‘. Dazu sollte ein Förderprogramm aufgelegt werden.

Um jedem Menschen die Rehabilitation zukommen zu lassen, die er braucht, sollte die Aufnahme in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung mit einer obligatorischen Bedarfsermittlung im Hinblick auf medizinische Rehabilitation verknüpft werden.

6. Umfassende Pflegeleistungen für Bewohner*innen besonderer Wohnformen

Für viele Menschen mit Behinderung sind die Leistungen der Pflegeversicherung, die entsprechend dem individuell festzustellenden Pflegegrad geleistet werden, von hoher Relevanz. Gerade schwer- oder mehrfachbehinderte Menschen, die nach wie vor überwiegend in besonderen Wohnformen leben, weisen oftmals ein hohes Maß an Pflegebedürftigkeit auf. Nach § 43a SGB XI i.V.m. § 71 Abs. 4 SGB XI sind die Leistungen der Pflegeversicherung für Menschen mit Behinderung, die in besonderen Wohnformen leben, jedoch auf 266€ im Monat beschränkt. Dadurch werden die betroffenen Versicherten erheblich benachteiligt. Denn Menschen mit Behinderung in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe haben in gleicher Weise Beiträge zur Pflegeversicherung geleistet wie alle anderen Versicherten und damit auch gleiche Pflegeansprüche erworben. Dennoch werden die Pflegeleistungen unabhängig vom Pflegegrad und Pflegebedarf höchstens mit der o.g. Pauschale abgegolten.

Forderung:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, eine gesetzliche Lösung zu schaffen, die dem differenzierten Anspruch von Menschen in besonderen Wohnformen auf Pflegegeld und Pflegesachleistungen Rechnung trägt und gewährleistet, dass Pflegeleistungen weiterhin als integrierter Bestandteil der Eingliederungshilfe erbracht werden, um ein Hin- und Herschieben der Leistungsberechtigten zu vermeiden.

Unabhängig vom Pflegegrad werden die Pflegeleistungen in besonderen Wohnformen mit einer Pauschale abgegolten. Diese aber entspricht nur selten dem tatsächlichen Pflegebedarf der Betroffenen!

7. Ambulante gesundheitliche Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung verbessern

Vor dem Hintergrund stetig wachsender Zahlen im Bereich der psychischen Erkrankungen und Verdichtungstendenzen in der Wahrnehmung diesbezüglicher Angebote, gewinnt die psychiatrische und die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland weiter an Wichtigkeit.

Nach wie vor sind allerdings schwer psychisch erkrankte Menschen bisher zum Teil schlecht oder unterversorgt. Es fehlen personenzentrierte Angebote der psychiatrischen und der psychotherapeutischen Behandlung, der medizinischen Rehabilitation, der häuslichen Krankenpflege und der Soziotherapie, die sie erreichen und die von ihnen wahrgenommen werden. Auch haben gerade Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen trotz des ausgebauten Systems der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie der Psychotherapie und häuslichen Krankenpflege und Soziotherapie nur eingeschränkte Chancen diese Leistungen zu erhalten. Für die Soziotherapie und die häusliche psychiatrische Pflege bestehen zwar Rechtsansprüche, die aber in der Praxis durch hohe Hürden in der Leistungserbringung nicht eingelöst werden. Für viele psychotherapeutisch behandlungsbedürftige Menschen bestehen nach wie vor Zugangsbarrieren zur psychotherapeutischen Behandlung (chronisch psychisch erkrankte Menschen, traumatisierte Geflüchtete, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, Menschen in Armut und Wohnungsnot), sodass das Risiko von Chronifizierung und Exklusion besteht und die Brückenfunktion zwischen Kuration und Teilhabe nur ansatzweise erfüllt werden kann.

Forderung:

Schwererkrankten und unterversorgten Personengruppen muss ein niedrighschwelliger Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen ermöglicht werden durch einen Rechtsanspruch auf eine niedrigschwellige Beratung auch ohne vorherige Diagnosestellung. Dadurch kann ein einfacher Weg in koordinierte Hilfestrukturen geebnet werden, der keine stigmatisierende Wirkung entfaltet. Um die konzeptionelle Umsetzung insbesondere mobiler und ambulanter medizinischer Rehabilitationsangebote in die gemeindepsychiatrischen Verbände für diese Personengruppe voranzubringen, wird vorgeschlagen, eine entsprechende Rahmenvereinbarung unter Einbeziehung der Fachexpertise und der Selbstvertretung Betroffener zu erstellen. Eine Weiterentwicklung des Unterstützungssystems muss die Stärkung der Betroffenenperspektive und Peer-Beratungen umfassen.

8. Stationsäquivalente Behandlung von Menschen mit psychischer Erkrankung ausbauen und verbessern

Neben der ambulanten gesundheitlichen Versorgung ist gerade in Bezug auf schwer psychisch erkrankte Menschen die klinische Versorgung wichtig. In diesem Zusammenhang ist die Stationsäquivalente Behandlung (StäB, § 155d SGB V) zu nennen, durch die Krankenhäuser die Möglichkeit haben, Patientinnen und Patienten auch im häuslichen Umfeld im Rahmen der psychiatrischen Regelversorgung durch ärztlich geleitete, multiprofessionelle Teams zu behandeln und somit eine gleichwertige Alternative zur vollstationären Behandlung anzubieten.

Es handelt sich hierbei um eine neue Krankenhausleistung, die seit 2018 erbracht werden kann, sofern eine Indikation für eine stationäre Behandlung vorliegt, das Therapieziel aber am ehesten im häuslichen Umfeld zu erreichen ist. Die Umsetzung geht allerdings nur schleppend voran. Nach wie vor existieren zu wenig Angebote für StäB in der Fläche. Auch findet noch keine ausreichende sektorenübergreifene Vernetzung statt.

Forderung:

Die bisherigen Möglichkeiten der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) sollten quantitativ und qualitativ ausgebaut werden. Denkbar ist eine vorgegebene Quote, nach der 5 bis 10 Prozent der Krankenhausbetten in StäB umzuwandeln sind. Gleichzeitig sollte StäB zu einem breiten Hometreatment-Ansatz weiterentwickelt werden, der über die Beschränkung auf krankenhausbefürchtete Patientinnen und Patienten hinausgeht. Hometreatment meint hier die Gesamtheit der aufsuchenden und lebensweltorientierten Hilfen, die Behandlung, Rehabilitation sowie soziale und berufliche Teilhabe umfassen können und durch ein konstantes Team erbracht werden, das bei unterschiedlichen Trägern angesiedelt sein kann. Die Koordinierungs- und Teamleistungen sind von allen beteiligten Kostenträgern zu übernehmen und entsprechend auch im SGB V zu regeln. Bestehende ambulante Strukturen und Leistungserbringer, die komplexe und intensive aufsuchende Behandlung bereits umsetzen, sind zu stärken. Engagieren sich psychiatrische Kliniken mehr in der ambulanten Versorgung, sind z.B. gemischte Teams zweier Träger aus unterschiedlichen Sektoren denkbar, die sich durch die gemeinsame Arbeit gegenseitig qualifizieren und somit wichtige Impulse für eine fachliche Weiterentwicklung setzen können.

9a. Finanzielle Absicherung von Sozialpädiatrischen Zentren

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) sind Einrichtungen der ambulanten Krankenversorgung, die auf Kinder und Jugendliche bis Vollendung des 18. Lebensjahres mit Beeinträchtigungen der körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung spezialisiert sind (vgl. § 119 SGB V). Sie zeichnen sich durch eine multiprofessionelle Arbeitsweise aus. Für die finanzielle Absicherung dieser Zentren in der Corona-Pandemie wurde eine Regelung zur Vergütungsanpassung geschaffen. Bis dato waren sie weder vom Sozialdienstleister-Einsatzgesetz

(SodEG) noch von den bisherigen Regelungen zum Schutz der SGB V-Versorgungsstrukturen erfasst. Die neue Regelung (Art. 4 Nr. 11a PandemieSchG - § 120 SGB V) sieht Anpassungen der Vergütung vor, die jeweils mit den Landesverbänden der Krankenkassen verhandelt werden müssen. Es bleibt abzuwarten, ob dies zu einer Verbesserung der Situation der SPZ führt. (Das Gleiche gilt übrigens auch für die medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderungen – die MZEB.) Wir fordern den Gesetzgeber auf, die Wirkung der getroffenen Regelung zu überprüfen und ggf. nachzubessern.

SPZ und MZEB sind wichtige Versorgungsstrukturen, die es über die Dauer der Corona-Pandemie hinaus zu sichern gilt. Der Gesetzgeber sollte daher die Wirkung der aktuellen Vergütungsanpassung überprüfen. Befürchtet wird eine Vielzahl an länderspezifischen Vereinbarungen und Vergütungen in unterschiedlicher Höhe. Ein Lösungsansatz wären z.B. bundesweite Ausgleichszahlungen.

9b. Medizinische Behandlungszentren aufbauen und sichern

Im Unterschied zum Regelbetrieb des Gesundheitssystems ermöglichen Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) eine ganzheitliche Diagnostik und die Koordinierung der unterschiedlichen Behandlungen. Seit 2015 besteht mit § 119c SGB V eine Rechtsgrundlage für die Errichtung von MZEB. Ein bundesweiter Ausbau dieser Zentren ist bislang jedoch nicht zu beobachten.

Forderung:

Um einen flächendeckenden Aufbau und kostendeckenden Betrieb von MZEB zu gewährleisten, sind sie in die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit aufzunehmen. Daneben müssen Zulassungsverfahren und Vergütungsverhandlungen von den Kassen zügig vorangetrieben und besonders strittige Kriterien des Eckpunktepapiers überprüft werden. Schließlich sollten Förderprogramme für die Gründung von MZEB geschaffen werden, um auch kleinen Einrichtungen die Schaffung eines solchen Zentrums zu ermöglichen.

10. Stärkung der Frühförderung

Kinder mit Störungen in ihrer körperlichen oder geistig-seelischen Entwicklung müssen frühestmöglich behandelt und gefördert werden, um spätere Einschränkungen abzuwenden. Wichtig ist hierbei ein ganzheitlicher Ansatz, bei dem Krankenkassen und Leistungsträger Hand in Hand arbeiten. Der Aufbau eines Netzes von interdisziplinären Frühförderstellen liegt aber weit hinter den Zielen des Gesetzgebers zurück und sowohl personelle Standards als auch die Vergütung der Diagnostik variieren erheblich.

Forderung:

Es bedarf einer Klarstellung, dass auch offene Leistungen und Beratungsangebote im Rahmen der Frühförderung durch die Reha-Träger zu finanzieren sind: Um Vergütungsfragen zu vereinfachen und um jedem Kind die Förderung zu ermöglichen, die es braucht.



Immer noch erleiden Menschen in Deutschland durch ihre Behinderung finanzielle Nachteile. Das aber verstößt gegen die UN-BRK.

Teilhabe ist Menschenrecht. Es gilt für alle, überall und in allen Bereichen des Lebens. Deutschland hat sich mit der Ratifizierung des UN-BRK verpflichtet, die Teilhaberechte für Menschen mit Behinderung konsequent umzusetzen und Teilhabe umfänglich zu ermöglichen.

Menschen mit Behinderungen dürfen nicht ausgeschlossen werden. Barrieren müssen abgebaut werden, damit ein gleichberechtigter Zugang zu allen Teilhaberechten ermöglicht wird – das heißt zur Bildung, zur Arbeit, zum Wohnen, zur Gesundheitsvorsorge, zur Kultur und zur politischen Partizipation usw. Neben baulichen, kommunikativen und mentalen Barrieren behindern auch finanzielle Barrieren diese Zugänge.

Das Armutsrisiko hat in Deutschland einen neuen Höchststand erreicht. Laut Statistischem Bundesamt lebten 2019 15,9 Prozent der Bürger*innen und damit jede*r sechste Bürger*in an der Armutsgrenze (aktuell 1.074 Euro für einen Einpersonenhaushalt). Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen und auch ihre Angehörigen sind davon in besonderer Weise betroffen. Ihr Armutsrisiko liegt bei 20%. Das allein mindert die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben deutlich.

Ein auskömmliches Einkommen bzw. eine auskömmliche Grundsicherung ist also unabdingbar für die Verwirklichung der Teilhaberechte von Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen.

Eine psychische Erkrankung oder eine Behinderung darf kein Armutsrisiko in Deutschland sein. Daher fordern wir:

1. Reduzierung von Armutsrisiken

Forderung:

Um das Armutsrisiko von Menschen mit Behinderungen und ihren Familien zu senken, fordern wir die deutliche Anhebung der Grundsicherung und die Erhöhung der Vermögensfreibeträge. Vor allen Dingen brauchen Bürger*innen mit Behinderung einen besseren Zugang zur beruflichen Bildung und zur Erwerbsarbeit

– und für diese eine auskömmliche Bezahlung. Außerdem soll die Leistung von pflegenden Angehörigen und Angehörigen, die Assistenz leisten, konsequent anerkannt werden, auch finanziell. (Betroffen sind vor allem pflegende Frauen.)

Mangelnde finanzielle Möglichkeiten verringern die Teilhabechancen und verhindern eine volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe. Dies wird in der Corona-Pandemie im Bereich der digitalen Teilhabe besonders deutlich.

2. Regelbedarfsstufe 1 für Leistungsberechtigte in besonderen Wohnformen

Während Erwachsene mit Behinderung, die bei ihren Eltern oder allein wohnen bei Anspruch auf Grund-sicherung die Regelbedarfsstufe 1 erhalten, werden Leistungsberechtigte in besonderen Wohnformen der Regelbedarfsstufe 2 zugeordnet und damit den in gemeinschaftlichen Haushalten lebenden Leistungs-be-rechtigten gleichgestellt – obwohl sich Synergieeffekte in besonderen Wohnformen nicht nachweisen lassen.

Forderung:

Wir fordern daher, leistungsberechtigte Bewohner besonderer Wohnformen der Regelbedarfsstufe 1 zuzuordnen.

Die Begründung der Bundesregierung für die Regelstufe 2 ist aus Sicht des BeB nicht stichhaltig. Auch belegt die Bundesregierung ihre Annahme, dass durch Einbeziehung der wohnraumbezogenen Gegenstände in die Gesamtkalkulation der Unterkunftskosten eine Ersparnis entsteht, bislang nicht mit validen Daten.

3. Endlich bundesweite Umsetzung des Gesamtplanverfahrens

Um die selbstbestimmte Lebensführung und die Rechtsposition von Menschen mit Behinderung bei der Geltendmachung von Bedarfen zu stärken, wurde im Bundesteilhabegesetz (BTHG) das Gesamt- und Teilhabepanverfahren festgeschrieben, das mit der zweiten Reformstufe ab 1. Januar 2018 umgesetzt werden sollte. Der Bedarf soll seither gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten und den zuständigen Rehabilita-tionsträgern ermittelt werden, um personenzentrierte Leistungen „aus einer Hand“ zu garantieren. Die Realität ist allerdings ernüchternd: Nach wie vor geltende Übergangsvereinbarungen in Teilen Deutschlands und schleppende Abschlüsse von Landesrahmenverträgen führen dazu, dass dieses komplexe, Instrument bisher kaum Anwendung findet.

Forderung: Wir fordern daher endlich eine bundesweite Umsetzung des Gesamtplanverfahrens.

3a. Bessere Beteiligung der Leistungsberechtigten beim Gesamtplanverfahren

Eine konsequente Beteiligung der Leistungsberechtigten beim Gesamtplanverfahren auf Augenhöhe sorgt dafür, dass der Leistungsberechtigte seine Teilhabewünsche und Assistenzbedarfe kommunizieren und rechtlich einfordern kann.

Forderung:

Um dies sicherzustellen, braucht es Empowerment-Angebote sowie die Bereitstellung von barrierefreien Informationen. Auch fehlt es Mitarbeitern in den Landesbehörden oft an Kompetenz, um die Bedarfe mit den Leistungsberechtigten zu ermitteln. Daher sollten die rechtlichen Betreuer*innen und Vertrauenspersonen sowie die zuständigen Vertreter*innen der Mitarbeiter*innen in der Verwaltung zu Personenzentrierung und barrierefreier Kommunikation qualifiziert werden.

Leistungsberechtigte müssen auch Bedarfe wie ‚Zukunftsplanung‘ und ‚Empowerment-Angebote‘, die über bisherige Beratungsangebote hinausgehen, in einem Gesamtplanverfahren geltend machen können, um sich umfänglich darauf vorbereiten zu können.

3b. Beteiligung der Leistungserbringer beim Gesamtplanverfahren

Forderung:

Auf Wunsch der Leistungsberechtigten muss die Beteiligung von Leistungserbringern im Gesamtplanverfahren sichergestellt sein. Betreuer*innen müssen ausreichende Informationen erhalten, damit sie ihren Assistenzauftrag im Gesamtplanverfahren erfüllen können. Zwingend einzubeziehen ist auch die fachliche Expertise der Leistungserbringer in die Aushandlung von Assistenzform und –umfang, um zu gewährleisten, dass der Leistungsberechtigte seine Teilhabeziele realisieren kann.

Die Corona-Pandemie hat die Umsetzung des Gesamtplanverfahrens weiter verzögert. Für alle Beteiligten darf es nicht zu Brüchen in der Leistungsgewährung kommen.

4. Stärkung von Mitbestimmung

Mitbestimmung ist Menschenrecht und zentral für die Gestaltung einer Gesellschaft der Vielfalt.

Forderung:

Damit sich Mitbestimmungsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen verbessern, sind umfängliche Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung (Art. 8 UN-BRK) notwendig – d.h. Kampagnen, inklusive Bildungs- und Empowermentangebote und ein konsequentes Disability-Mainstreaming der Studienordnungen, Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote u.a. der Verwaltungsakademien. Gesetzliche Regelungen müssen so angepasst werden, dass bundesweit und verbindlich in allen Gebietskörperschaften und Angeboten der Eingliederungshilfe Mitbestimmungsgremien von Menschen mit Behinderungen vertreten sind. Damit verbunden ist die Verbesserung der Rahmenbedingungen für wirkungsvolle Mitbestimmung durch konsequent barrierefreie Informationen, unbürokratisch finanzierte Assistenzen für Personen und Gremien, angemessene Vorkehrungen und eine gute digitale Ausstattung.



Der Beruf des Heilerziehungspflegers ist anspruchsvoll und sinnstiftend, höchste Zeit, dass er die Anerkennung bekommt, die er verdient!

Fachkräfte in der Behindertenhilfe wie Heilpädagog*innen leisten Großartiges in ihrem beruflichen Alltag. Ihr Qualifikationsprofil hat sich in den letzten Jahren kontinuierlich weiterentwickelt; durch die UN-BRK sowie das BTHG sind – wie kaum in einem anderen sozialen Beruf – neue Herausforderungen entstanden: Als Fachkräfte in der Behindertenhilfe und der Sozialpsychiatrie haben sie die notwendige Expertise u.a. für den Abbau von Barrieren und für personenzentrierte und sozialraumorientierte Dienstleistungen. (siehe das Qualifikationsprofil der BAG HEP https://baghep.de/uploads/media/Qualifikationsprofil_fuer_Heilerziehungspfleger.pdf)

Mit anderen Worten: Ihre Kompetenzen sind von zentraler Bedeutung, damit Menschen mit Assistenzbedarfen ihre Teilhabewünsche und -rechte realisieren können. Sie sorgen jeden Tag dafür, dass die UN-BRK sowie das Bundesteilhabegesetz in Deutschland umgesetzt wird.

In der Praxis kann man daher einerseits eine große Überzeugung und ein hohes Engagement der Fachkräfte feststellen. Andererseits erschweren die mangelnde Wahrnehmung und gesellschaftliche Anerkennung die Gewinnung von Fachkräften. Für viele Berufseinsteiger ist dieser Beruf aus den genannten Gründen nicht attraktiv, bei manchen ist das Berufsfeld nicht hinreichend bekannt.

Viele Leistungserbringer der Eingliederungshilfe haben zunehmend Schwierigkeiten bei der Besetzung von freien Stellen und Ausbildungsplätzen, so dass in der kommenden Legislaturperiode unbedingt in die Gewinnung dieser für unsere Gesellschaft so wertvollen Fachkräfte investiert werden muss. Bausteine dafür wären mehr gesellschaftliche Anerkennung, die kostenfreie Ausbildung und die Verbesserung der Rahmenbedingungen bei der Intensiv-Assistenz.

Der Bund sollte Länder und Verbände der Behindertenhilfe zu einem Runden Tisch einladen, um u.a. folgende Lösungen zur Gewinnung und Bindung von Fachkräften in der Behindertenhilfe zu diskutieren:

1. Öffentlichkeitswirksame Kampagne, um Berufe zur Fachkraft in der Behindertenhilfe, wie z.B. Heilerziehungspflege und Heilpädagogik als attraktiven Beruf bekannter zu machen

Heilpädagog*innen müssen über ein hohes Maß an fachlicher und sozialer Kompetenz, Flexibilität, sowie besondere Kommunikationsfähigkeiten verfügen – ein anspruchsvoller Beruf also. In den vergangenen Jahren haben die sozialen Berufe zu Recht mehr Aufmerksamkeit erfahren. So haben öffentlichkeitswirksame Kampagnen für die Erzieher*innen in der Kindertagespflege zu mehr gesellschaftlicher Anerkennung geführt.

Forderung:

Der BeB fordert daher eine ähnliche, öffentlichkeitswirksame Kampagne durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, um die Heilerziehungspflege und die Heilpädagogik bekannter zu machen und mehr junge Menschen für diesen sinnstiftenden und systemrelevanten Beruf zu gewinnen.

2. Kostenfreie Ausbildung, bzw. mehr Unterstützung der Auszubildenden

Heilerziehungspfleger*innen erhalten in den ersten beiden Jahren keine Ausbildungsvergütung, an Fachschulen in privater Hand zahlen sie sogar Schulgeld. Die Fachhochschulen refinanzieren damit bundesweit – neben der staatlichen Förderung – ihre Leistungen. Dadurch wird jungen Menschen die Entscheidung, eine Ausbildung zum Heilerziehungspfleger zu beginnen, erschwert.

Auch wenn Schulen für Heilerziehungspflege ihre Auszubildenden häufig durch Beratung unterstützen oder auch Teilzeitausbildungen anbieten, so kann deutlich mehr getan werden, um möglichst vielen Menschen die Berufswahl zu erleichtern.

Forderung:

Wir fordern Bund und Länder auf, eine Lösung für eine bundeseinheitlich kostenfreie Ausbildung zu finden. Dafür müssen die Schulen verlässlich und auskömmlich refinanziert werden. Außerdem sollte jeder HEP-Schüler/jede HEP-Schülerin in Deutschland kostenfreie Lehrmittel (inklusive Laptop) und ein kostenloses Monats- bzw. Jahrestickets für den öffentlichen Nahverkehr erhalten.

3. Angemessene Vergütung für Fachkräfte im Bereich der Intensiv-Assistenz

Fachkräfte in diakonischen Einrichtungen der Eingliederungshilfe erhalten eine ordentliche Vergütung. So verdienen z.B. HEP's als Berufseinsteiger bei der Diakonie zwischen 2.608 und 3.086 € brutto monatlich. In der Regel bleiben diese Fachkräfte auch für längere Zeit in ihrer Tätigkeit, z.B. in der dauerhaften persönlichen Assistenz für Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung oder auch in Wohngruppen. Ihre Arbeit ist sehr vielfältig und umfasst die Bereiche der Wohn-, Beschäftigungs-, Arbeits-, Bildungs- und Freizeitangebote. Eine hohe Fluktuation dagegen gibt es bei der Assistenz von Menschen mit intensiven Unterstützungsbedarf. Einrichtungen und Angehörige suchen oft händeringend nach entsprechenden Fachkräften. Das Problem ist: Obwohl eine solche Intensiv-Assistenz größere Kompetenz erfordert und viel mehr Verantwortung bedeutet (z.B. bei Selbst- oder Fremdgefährdung oder herausforderndem Verhalten) und hohe Anforderungen mit sich bringt, wird diese oft nicht besser durch die Leistungs- und Kostenträger refinanziert. Bisher waren die Bemühungen mit den Leistungsträgern erhöhte Vergütungen zu verhandeln selten erfolgreich.

Forderung:

Eine angemessene Vergütung für Intensiv-Assistenz würde zur Fachkräftebindung und damit zur Sicherung der Angebote für Menschen mit intensiven Assistenzbedarfen beitragen.