

# Bundesverband - ISL e.V.

Krantorweg 1  
D 13503 Berlin

Martin Marquard (Barrierefreiheit und Gesundheit)  
Eschwegering 3, 12101 Berlin  
martinmarquard@versanet.de

ISL e.V. \* Krantorweg 1 \* 13503 Berlin

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0104(3)  
gel. VB zur öAnhörnung am 06.05.  
15\_Menschen mit Behinderung  
04.05.2015



Interessenvertretung  
**Selbstbestimmt Leben** in  
Deutschland e.V. - **ISL**

## Deutscher Bundestag – Ausschuss für Gesundheit

### Öffentliche Anhörung am 06. Mai 2015 zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

### Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung menschenrechtskonform gestalten BT-Drucksache 18/3155

### Stellungnahme der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. – ISL

Mitglied bei  
„Disabled Peoples' International“  
- DPI -

Bankverbindung:  
Sparkasse Kassel  
IBAN:  
DE80520503530001187333  
BIC: HELADEF1KAS

Berlin, 04.05.2015

#### 1. Vorbemerkung

Die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. – ISL begrüßt die Initiative der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, mit ihrem Antrag **Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung menschenrechtskonform gestalten**, zum wiederholten Male auf die erheblichen Defizite in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung in Deutschland hinzuweisen und zu deren Überwindung eine menschenrechtskonforme Gestaltung zu fordern.

Die Betonung einer menschenrechtskonformen Gestaltung stellt darauf ab, dass zahlreiche gegenwärtige Vorschriften, Regelungen und Strukturen der Gesundheitsversorgung nicht oder nicht vollständig mit den Bestimmungen der UN- Behindertenrechtskonvention (BRK)<sup>1</sup>, die seit März 2009 in Deutschland geltendes Recht ist, in Einklang stehen. Der Antrag der Fraktion Bündnis90/Die Grünen richtet sich an den Deutschen Bundestag, der die Bundesregierung auffordern möge, die Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung im Sinne der BRK – insbesondere der Artikel 25 und 26 – umzugestalten. Dazu sind nach Meinung der Fraktion zahlreiche Gesetze bzw. Änderungen von Gesetzen und Bestimmungen notwendig. Der Antrag macht Ernst mit der Forderung der BRK, dass alle politischen Entscheidungen, die die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung berühren, grundsätzlich in Übereinstimmung mit der BRK zu erfolgen haben. Die Beachtung dieses Gebotes, das sich unter dem Begriff Disability Mainstreaming als tragendes Prinzip durch die gesamte BRK zieht, ist leider noch immer nicht selbstverständlich.

Der menschenrechtliche Aspekt der Gesundheitspolitik allgemein ergibt sich aus Artikel 12 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, des sog. Sozialpaktes vom 16. Dezember 1966<sup>2</sup>, eines der großen Menschenrechtsabkommen, das von der Bundesrepublik Deutschland 1973 ratifiziert wurde. Danach erkennen die Vertragsstaaten „das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ an und sorgen für die „Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.“

Obwohl in Deutschland ein vergleichsweise gutes, hoch entwickeltes und effektives Gesundheitssystem existiert – vermutlich eines der besten weltweit, wird dieser menschenrechtliche Anspruch

<sup>1</sup> Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006. Quelle: Bundesgesetzblatt (BGBl) 2008 II, S. 1426, Art. 4 Abs. 3 <http://www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf>

<sup>2</sup> Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19. Dezember 1966 Bundesgesetzblatt (BGBl) 1976 II, 428 [http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user\\_upload/PDF-Dateien/Pakte\\_Konventionen/ICESCR/icescr\\_de.pdf](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/ICESCR/icescr_de.pdf)

dennoch nur ungenügend erfüllt. Es gibt erhebliche Defizite und Mängel, die sich für manche Patientengruppen katastrophal auswirken können.

Das trifft im Besonderen auf die Menschen mit Behinderung zu. In Art. 25 der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) wird deshalb in Anlehnung an den Sozialpakt dieses Menschenrecht noch einmal ausdrücklich bekräftigt, nämlich – wie es hier heißt – das Recht „auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“. Ferner muss den Menschen mit Behinderung eine „Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung [gestellt werden] wie anderen Menschen“<sup>3</sup>.

Davon ist das deutsche Gesundheitswesen noch weit entfernt, wie der Parallelbericht der BRK-Allianz<sup>4</sup> zum Thema Gesundheit eindrücklich belegt. Die vielen in einer langen Liste dort aufgeführten Mängel und Defizite sowie die entsprechenden Forderungen nach Veränderung, die z.T. schon seit vielen Jahren – bisher ohne viel Erfolg – immer wieder vorgetragen werden, legen den Schluss nahe, dass die menschenrechtliche Dimension dieses Problems in der Politik noch zu wenig verstanden und akzeptiert wird.

Der Parallelbericht ist die kritische Antwort der Zivilgesellschaft auf den aus ihrer Sicht unzureichenden Staatenbericht der Bundesregierung von August 2011<sup>5</sup>. An der Ausarbeitung war auch die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. (ISL) beteiligt, und sie trägt die dort formulierten Forderungen im Wesentlichen mit.

Der UN-Fachausschuss für die Rechte der Menschen mit Behinderungen hat am 26. und 27. März 2015 den deutschen Staatenbericht zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention geprüft. Am 17. April 2015 wurden die „Concluding Observations“<sup>6</sup> – Empfehlungen des Ausschusses zur Verbesserung der Situation für die Menschen mit Behinderung in Deutschland – bekannt gegeben. Darin wird zum Thema Gesundheit die mangelnde Barrierefreiheit im Gesundheitswesen kritisiert und der Staat u.a. aufgefordert, Mittel zur Verfügung zu stellen für mehr Zugänglichkeit, Ausbildung, Kommunikation, Information und – im Sinne des Universal Design – für alle nutzbares Equipment.

Eine offizielle Übersetzung des in Englisch abgefassten Textes gibt es noch nicht. Die Empfehlungen des Genfer Ausschusses zum Thema Gesundheit lauten im Originalton:

#### **Health (art. 25)**

47. The Committee is concerned about barriers in accessing healthcare and, particularly, access to healthcare for asylum seekers and refugees with disabilities.

48. **The Committee recommends that the State party develop and implement plans and allocate resources for the accessibility of healthcare services, including services for refugees, rights-based training for healthcare professionals, communication, information, respect for free and informed individual consent, and universally designed equipment**

<sup>3</sup> Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen , Artikel 25, a.a.O.

<sup>4</sup> Für Selbstbestimmung, gleiche Rechte, Barrierefreiheit, Inklusion! Erster Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland, 21.03.2013  
[http://www.brk-allianz.de/attachments/article/93/beschlossene\\_fassung\\_final\\_endg-logo.pdf](http://www.brk-allianz.de/attachments/article/93/beschlossene_fassung_final_endg-logo.pdf)

<sup>5</sup> Übereinkommen der Vereinten Nationen über Rechte von Menschen mit Behinderungen. Erster Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland. Vom Bundeskabinett beschlossen am 3. August 2011  
[http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/staatenbericht-2011.pdf;jsessionid=4D231E1A0E3BD3E32C796961022DAA60?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/staatenbericht-2011.pdf;jsessionid=4D231E1A0E3BD3E32C796961022DAA60?__blob=publicationFile)

<sup>6</sup> Convention on the Rights of Persons with Disabilities - Concluding observations on the initial report of Germany, 17.04.2015 <http://www.nw3.de/>

## 2. Stellungnahme zu ausgewählten Einzelfragen des Antrages

### Zu Abschnitt II, 1: Überprüfung aller Gesetze, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften zur Gesundheitsversorgung

Die BRK-Vertragsstaaten haben sich mit dem Artikel 4 Abs. 1 BRK<sup>7</sup> verpflichtet,

- a) „alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs- und sonstigen Maßnahmen zur Umsetzung der in diesem Übereinkommen anerkannten Rechte zu treffen;
- b) alle geeigneten Maßnahmen einschließlich gesetzgeberischer Maßnahmen zur Änderung oder Aufhebung bestehender Gesetze, Verordnungen, Gepflogenheiten und Praktiken zu treffen, die eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen darstellen (...)“

Diese Verpflichtung, die früher oder später ohnehin sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene zu erfüllen ist, greift der Antrag auf und fordert die Bundesregierung auf, entsprechende Schritte einzuleiten.

Als Vorbild könnte die Normenprüfung des Deutschen Institutes für Menschenrechte dienen, das im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin schon seit längerer Zeit wichtige Berliner Landesgesetze auf Konformität mit der BRK untersucht und Änderungsvorschläge erarbeitet. Die bisherigen Ergebnisse des Instituts, das auch als „Unabhängige Stelle (Monitoring-Stelle) zur Umsetzung der BRK“ fungiert, zeigen, dass praktisch bei allen überprüften Gesetzen erheblicher Änderungsbedarf besteht.<sup>8</sup>

Die Annahme, dass eine solche Normenprüfung, die vermutlich alle im Antrag angesprochenen Missstände und Defizite in der gesundheitlichen Versorgung identifizieren, analysieren und mit einem BRK-konformen Änderungsvorschlag versehen würde, auf Bundesebene vorläufig nicht in Sicht ist, unterstreicht die Notwendigkeit und Dringlichkeit des Antrages der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen.

Der Antrag fordert außerdem zu Recht eine Überprüfung der Regelwerke des Gesundheitswesens auf Widersprüche zum Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19.06.2001<sup>9</sup>. Mit diesem wurde der längst überfällige Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik – von der Fürsorge zur Teilhabe – auf Gesetzesebene vollzogen. In der Praxis bestehen jedoch Elemente der alten Fürsorgepolitik weiter, die verhindern, dass der Teilhabegedanke des SGB IX sich vor allem auch im Leistungsrecht für Menschen mit Behinderung voll durchsetzen kann. Deshalb sind in dieser Hinsicht die Erwartungen an das geplante Bundesteilhabegesetz besonders hoch.

### Zu Abschnitt II, 2 – 4: Mangelnde Barrierefreiheit in der gesundheitlichen Versorgung

Der Antrag identifiziert als eines der gravierendsten Probleme in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung die mangelnde Barrierefreiheit. Diese betrifft insbesondere den baulich-technischen Bereich, Information und Kommunikation sowie z.T. auch den direkten Zugang zu medizinischen Leistungen.

Die baulich-technischen Barrieren bestehen hauptsächlich im Fehlen einer stufenlosen Zugänglichkeit zu Arztpraxen oder anderen therapeutischen Einrichtungen, im Fehlen verstellbarer Untersuchungsmöbel sowie barrierefreier Toiletten. Dadurch werden ganze Personengruppen vom Recht auf freie Arztwahl ausgeschlossen. Die Folge kann z.B. sein, dass notwendige Arztbesuche seitens der Betroffenen auf ein Minimum reduziert werden oder sogar ganz unterbleiben. Auf Grund der nicht barrierefreien Ausstattung werden notwendige Untersuchungen manchmal nur teilweise durchgeführt, finden sitzend im Rollstuhl oder aber auch gar nicht statt.

<sup>7</sup> Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Artikel 4, a.a.O.

<sup>8</sup> Monitoring-Stelle Normenprüfung Berlin <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/monitoring-stelle/laenderprojekte/berlin/>

<sup>9</sup> Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, SGB IX [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_9/](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/)

Eine andere Folge ist, dass vielfach teure Fahrdienste mit Treppenhilfe in Anspruch genommen werden müssen oder gar Krankenhauseinweisungen stattfinden, weil eine ambulante Versorgung wegen der vielen Barrieren nicht durchführbar erscheint.

Die Forderung des Antrages, in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung konkrete Zielvorgaben zur Schaffung von mehr Barrierefreiheit festzulegen und insbesondere bei Neuzulassung Barrierefreiheit zu einem verbindlichen Kriterium zu machen, ist unbedingt zu unterstützen. Dies sollte auch die Wiederbesetzung eines bestehenden nicht barrierefreien Arztsitzes einschließen, indem dieser nicht in denselben Räumen, sondern nach Möglichkeit in barrierefreien Räumen im näheren Umkreis der alten Praxis weitergeführt werden soll.

Ferner sollten bei Neubesetzung oder Neuzulassung Anreize für mögliche – auch begrenzte – Umbauten zur Verbesserung der Barrierefreiheit, aber auch zur Ausstattung der Praxis mit verstellbaren Untersuchungsmöbeln geschaffen bzw. vorhandene besser kommuniziert werden – z.B. die bestehenden Angebote der KfW im Rahmen ihres „KfW-Unternehmerkredites“<sup>10</sup>.

In diesen Zusammenhang fallen auch Maßnahmen zur Förderung der Motivation bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zur Schaffung von mehr Barrierefreiheit, wenn dies bautechnisch möglich ist. Diese ist erfahrungsgemäß bei einem großen Teil der Ärzteschaft nicht besonders ausgeprägt – aus verständlichen Gründen: Anders als z.B. bei einem Supermarkt, in dem behinderte Kundinnen und Kunden als umsatzstärkend willkommen sind und deshalb bauliche Barrierefreiheit längst allgemein zum Standard gehört, können behinderte Patientinnen und Patienten in größerer Zahl zu einer wirtschaftlichen Belastung für eine Praxis werden, da der bei diesem Personenkreis häufig anfallende höhere Zeitaufwand nicht vergütet wird. Eine Korrektur im Vergütungssystem könnte zur Chancengleichheit zwischen behinderten und nicht behinderten Patientinnen und Patienten beitragen und zugleich das Interesse an einer barrierefreien Umgestaltung der Arztpraxis fördern.

Aber auch die im Antrag geforderte Möglichkeit, dass die Krankenkassen ihren Versicherten barrierefrei gut ausgestattete Praxen empfehlen können, könnte dazu geeignet sein, die vertragsärztlichen Leistungserbringer für mehr Barrierefreiheit zu sensibilisieren.

Für Menschen mit Sinnesbehinderungen bestehen die Barrieren vor allem in der Kommunikation sowie in der Orientierung innerhalb der Praxisräume. Diese sind nur selten kontrastreich gestaltet, damit z.B. sehbehinderte Menschen sich selbstständig bewegen können. Blinde und sehbehinderte Patienten beklagen häufig, dass mit ihnen nicht gesprochen wird – oder nur mit der Begleitperson – über ihren Kopf hinweg. Sie wissen oft nicht, was mit ihnen geschieht und fühlen sich entmündigt und hilflos. Ähnlich ergeht es gehörlosen Patienten, die z.B. oft gar nicht wissen, dass sie einen Anspruch auf Hinzuziehung eines Gebärdendolmetschers<sup>11</sup> haben.

Und schließlich fehlt häufig das notwendige Einfühlungsvermögen gegenüber Patientinnen und Patienten mit Lernschwierigkeiten, die wie alle anderen auch verstehen möchten, wie es mit ihrer Gesundheit bestellt ist. Sie möchten persönlich angesprochen werden, und zwar nicht in Medizinerlatein, sondern in leichter Sprache. Sie haben wie alle anderen auch einen Anspruch auf ein Höchstmaß an Würde, Intimität und Eigenständigkeit.

Kommunikation und Information gehören eng zusammen. Deshalb ist die Forderung des Antrages zu unterstützen, dass alle Informationen zur gesundheitlichen Versorgung barrierefrei, nach dem Zweisinne-Prinzip sowie in leichter Sprache zur Verfügung gestellt werden.

<sup>10</sup> KfW Bankengruppe <https://www.kfw.de/inlandsfoerderung/Unternehmen/Erweitern-Festigen/F%C3%B6rderprodukte/F%C3%B6rderprodukte-%28S3%29.html>

<sup>11</sup> SGB I, Art. 17, Abs. 2, Ausführung von Sozialleistungen [https://www.juris.de/purl/gesetze/SGB\\_1\\_!\\_17](https://www.juris.de/purl/gesetze/SGB_1_!_17)

Eine weitere gravierende Form von Barrieren für behinderte Menschen besteht in faktischen Leistungsausschlüssen in der gesundheitlichen Versorgung. Der Antrag spricht dieses Problem in Punkt II, 13 am Beispiel der OTC-Medikamente an, die nicht verordnungsfähig sind und deshalb von den Krankenkassen nicht bezahlt werden. Eine Erweiterung der sehr eng gefassten Ausnahmeliste für Menschen mit Behinderung und chronischen Krankheiten ist zu unterstützen – besser noch wäre die Wiedereinführung der grundsätzlichen Verordnungsfähigkeit dieser etwas abschätzig bezeichneten „Bagatell“- oder „Lifestyle“-Medikamente, natürlich bei strenger medizinischer Indikation. Die betroffenen Menschen verfügen häufig nur über geringe Finanzmittel, so dass sich viele die notwendigen Medikamente (z.B. Abführmittel oder unterstützende Mittel beim Abhusten, die manchmal lebensnotwendig sind) nicht leisten können. Aber auch Zuzahlungen – z.B. bei Brillen oder hochwertigen Hörgeräten – übersteigen häufig die finanziellen Möglichkeiten, so dass als Folge u.U. auf eine notwendige Versorgung verzichtet wird oder Fehlversorgungen stattfinden.

### **Zu Abschnitt II, 6: Defizite in der Ausbildung, Wissenschaft und Forschung**

Eine Überarbeitung der Ausbildungscurricula aller Gesundheitsberufe sowie der entsprechenden Fortbildungsangebote in Bezug auf die besonderen Erfordernisse in der Behandlung von Menschen mit Behinderung und chronischen Krankheiten ist dringend notwendig. Leider führt die Betonung der kurativen, auf Heilung ausgerichteten Medizin im Medizinstudium, aber auch in anderen medizinischen Ausbildungen, allgemein zu einer Vernachlässigung der nicht heilbaren chronischen Krankheiten, die häufig mit einer Behinderung einhergehen. Die Folge ist, dass Menschen mit Behinderung sowohl in Bezug auf die medizinischen Aspekte ihrer Behinderung, als auch beim Zusammentreffen mit einer akuten Erkrankung häufig nicht adäquat behandelt werden. Im Falle eines notwendigen Krankenhausaufenthaltes, sind Menschen mit Behinderung regelmäßig Pflegekräften ausgeliefert, die nicht in der Lage sind, auf die besonderen Erfordernisse bei bestimmten Behinderungsformen einzugehen. Deshalb muss auch die Forderung des Antrages unter Punkt 18 unterstützt werden, die Mitnahme der eigenen vertrauten Assistenzpflegekräfte ins Krankenhaus nicht nur auf das Arbeitgebermodell zu beschränken, sondern für alle Menschen mit umfangreichem Hilfebedarf zu ermöglichen.

Zur Verbesserung des Ausbildungs- und Kenntnisstandes der Beschäftigten in Gesundheitsberufen in Bezug auf die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung können auch Wissenschaft und Forschung beitragen, die in diesem Bereich stärker aktiv werden müssten.

### **Zu Abschnitt II, 7: Medizinische Versorgungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen**

Die Schaffung von medizinischen Versorgungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung (besser: mit Lernschwierigkeiten) und schweren Mehrfachbehinderungen wird in der Fachöffentlichkeit, aber auch von Teilen der Behindertenbewegung seit langem gefordert. Dabei wird auf die bewährte Praxis der Sozialpädiatrischen Zentren für Kinder und Jugendliche verwiesen, für die es bisher keine Fortsetzung im Erwachsenenalter gibt. Zugleich wird beklagt, dass das bestehende allgemeine Gesundheitssystem nicht in der Lage sei, den komplexen Versorgungsanforderungen dieses Personenkreises gerecht zu werden. Dabei muss jedoch gesehen werden, dass dieser Missstand, der eine regelmäßige Unter- und Fehlversorgung der Betroffenen zur Folge habe (s. Begründung zu Nr. 7), natürlich auch mit den vielen im Antrag aufgeführten Defiziten und Mängeln in der Gesundheitsversorgung insgesamt zusammenhängt: Fehlende Barrierefreiheit, ungeeignete Praxisausstattung, ungenügende Kenntnisse über Behinderungsformen und chronische Krankheiten, fehlende Zeit für aufwendige Behandlungen von schwermehrfach behinderten Menschen, Defizite im Umgang mit Menschen, die nicht lautsprachlich kommunizieren usw.

Bevor man spezielle Versorgungszentren schafft, muss klargestellt werden, dass diese auf keinen Fall Orte der Abschiebung einer „schwierigen“ Patienten Klientel werden dürfen. Es muss gesichert sein, dass auch für diese Patientinnen und Patienten grundsätzlich und jederzeit die gesundheitliche Regelversorgung zuständig ist und zur Verfügung steht. Es muss garantiert werden, dass Menschen mit schweren Behinderungen nicht an diese speziellen Versorgungszentren verwiesen werden dürfen, wenn sie oder – stellvertretend für sie – ihre Vertrauensperson das nicht wollen.



Die Einrichtung der medizinischen Versorgungszentren darf keinesfalls dazu führen, dass notwendige Anstrengungen zur Schaffung einer durchgängig barrierefreien allgemeinen Gesundheitsversorgung nachlassen oder unterbleiben. Unter diesen engen Bedingungen ist ein medizinisches Versorgungszentrum für Erwachsene mit Lernschwierigkeiten und schweren Mehrfachbehinderungen denkbar – etwa als zusätzliche fachärztliche Instanz für bestimmte komplexe Krankheitsbilder.

Die ISL tritt entschieden für eine inklusive Gesellschaft ein, in der Sonderwelten für Menschen mit Behinderung keinen Platz haben. Sie sieht sich bestätigt und unterstützt durch die „Concluding Observations“<sup>12</sup> der Staatenprüfung in Genf vom 17. April 2015, wonach Deutschland noch zu viele Sonderwelten für Menschen mit Behinderung unterhalte, die es gelte abzubauen. In diesem Sinne muss deshalb sicher ausgeschlossen werden, dass an anderen Stellen neue Sondereinrichtungen entstehen.

### **Zu Abschnitt II, 9 – 11: Hilfsmittelversorgung**

Die im Antrag angeführten Mängel in der Hilfsmittelversorgung sind ein Beispiel dafür, dass sich Geist und Inhalt des SGB IX – die volle gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung – noch nicht in allen Bereichen der Behindertenpolitik durchgesetzt haben. Insbesondere die Begründung, Hilfsmittel dienen allein zur Bewältigung der für die Deckung des physischen Existenzminimums notwendigen Aktivitäten, stammt noch aus der Mottenkiste der Fürsorge und hat mit dem Recht auf Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nichts zu tun. Diese Begründung und die daraus resultierende Praxis widersprechen dem Teilhabeanspruch aus dem SGB IX wie auch den Bestimmungen der BRK und müssen dringend im Sinne dieser Rechtsvorschriften geändert werden. Damit entfielen dann auch die heute in keiner Weise mehr nachvollziehbare Unterscheidung von unmittelbarem und mittelbarem Behinderungsausgleich bei der Hilfsmittelversorgung.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln war bisher weitgehend durch Rahmenverträge und Preisvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern geregelt. Es bestand Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten bei der Auswahl der Leistungserbringer, wodurch in der Regel eine wohnortnahe Versorgung und technische Betreuung gewährleistet war. Dieses bewährte System ist zunehmend durch das Instrument der Ausschreibung von Hilfsmitteln seitens der Krankenkassen ersetzt worden, wozu diese durch § 127, Abs. 1 SGB V<sup>13</sup> berechtigt sind.

Nach Aussagen sowohl vieler betroffener Menschen mit Behinderung als auch von Hilfsmittelherstellern haben dadurch die Produkt- und Dienstleistungsqualität, wie beispielsweise die persönliche Beratung, Anpassung oder Einweisung zum Gebrauch des Hilfsmittels, aber auch der wohnortnahe Service erheblich gelitten. Aus diesem Grunde sind die entsprechenden Forderungen des Antrages unbedingt zu unterstützen. Noch besser wäre es, darüber hinaus zu gehen und die Ausschreibungspraxis ganz abzulehnen und zu fordern, zum alten System der Rahmenverträge und Preisvereinbarungen zurückzukehren.

### **Zu Abschnitt II, 13: OTC-Medikamente**

Siehe: Zu Abschnitt II, 2 – 4: Mangelnde Barrierefreiheit in der Gesundheitlichen Versorgung

### **Zu Abschnitt II, 16 – 17: Häusliche Krankenpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe**

Die außerordentlich komplexen Vorschriften, wann und wo Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe, die häusliche Krankenpflege benötigen, diese von den Krankenkassen gewährt bekommen oder aber nicht, führen häufig zu Benachteiligungen der betroffenen Menschen. Das Problem liegt in den teilweise absurden und nur schwer nachvollziehbaren Bestimmungen zum Begriff Häuslichkeit und den daraus folgenden gegenseitigen Abgrenzungen in der Leistungspflicht zwischen Krankenkassen, Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe, die nicht immer eindeutig sind und z.T. auch nur von der Ausgestaltung von Leistungsverträgen abhängen können.

<sup>12</sup> Convention on the Rights of Persons with Disabilities - Concluding observations, a.a.O.

<sup>13</sup> Art. 127 Abs. 1 SGB V, <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/127.html>

Der Vorschlag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, durch gesetzgeberische Maßnahmen Klarheit zu schaffen und damit die Benachteiligungen zu beenden, ist unterstützenswert. Doch die eigentlichen Ursachen liegen woanders: „Das im Hinblick auf die Bedarfslagen von Menschen mit Behinderungen überaus wichtige SGB IX hat gegenüber unzulänglichen Bestimmungen anderer Gesetze (SGB V, SGB VI, SGB XI, SGB XII) eine unzureichende Wirkung. Die erwähnten Gesetze genießen Vorrang vor dem SGB IX.“<sup>14</sup> Hier wird es wahrscheinlich erst im Zusammenhang mit dem geplanten Bundesteilhabegesetz zu grundlegenden Änderungen kommen.

### **Zu Abschnitt II, 18: Assistenzpflege im Krankenhaus**

Siehe: Zu Abschnitt II, 6: Defizite in der Ausbildung, Wissenschaft und Forschung

### **Zu Abschnitt 20: Versorgungsforschung**

Siehe: Zu Abschnitt II, 6: Defizite in der Ausbildung, Wissenschaft und Forschung

### **Zu Abschnitt II, 21: Zuzahlungen**

Siehe: Zu Abschnitt II, 2 – 4: Mangelnde Barrierefreiheit in der Gesundheitlichen Versorgung

## **3. Schlussbemerkung**

Die ISL stimmt in den wesentlichen Punkten mit dem Antrag der Fraktion Bündnis90/Die Grünen überein und sieht ebenso wie diese in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung dringenden Handlungsbedarf. Um die vielen identifizierten Mängel und Defizite sukzessive zu beseitigen, sollte seitens des Gesetzgebers jede Möglichkeit genutzt werden. Einige der Forderungen des Antrages sind im Entwurf des zurzeit in der parlamentarischen Diskussion befindlichen GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes bereits aufgegriffen worden. Möge die Befassung des Antrages **Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung menschenrechtskonform gestalten** der Fraktion Bündnis90/Die Grünen im Gesundheitsausschuss des Bundestages dazu beitragen, dass noch weitere Verbesserungsvorschläge in das laufende Gesetzgebungsverfahren mit aufgenommen werden – immer natürlich mit dem Ziel einer BRK-konformen Gestaltung.

Berlin, den 04. Mai 2015

Martin Marquard

ISL, Sprecher für Gesundheitspolitik und Barrierefreiheit

---

<sup>14</sup> Für Selbstbestimmung, gleiche Rechte, Barrierefreiheit, Inklusion! Erster Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland. A.a.O., S. 51