

# **Das Recht auf gesundheitliche Versorgung – ein Menschenrecht auch für Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung!**

*Positionspapier des BeB zur gesundheitlichen Versorgung  
von Menschen mit Behinderung oder psychischer  
Erkrankung im Sozialraum im Lichte der UN-  
Behindertenrechtskonvention*

Herausgeber:  
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V.  
Postfach 33 02 20, 14172 Berlin  
Tel.: 030 83001-270  
Fax: 030 83001-275  
E-Mail: [info@beb-ev.de](mailto:info@beb-ev.de)  
Internet: [www.beb-ev.de](http://www.beb-ev.de)

Verabschiedet durch den Vorstand des BeB am 21.07.2011.

Das Dokument steht als kostenloser Download zur Verfügung unter  
[www.beb-ev.de](http://www.beb-ev.de) und [www.bebnet.de](http://www.bebnet.de) – jeweils in der Rubrik „Stellungnahmen“.

Arbeitsbereich:  
Gesundheit

Themenhüter im BeB-Vorstand:  
Prof. Dr. Jürgen Armbruster

Erarbeitet von:  
Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Ev. Gesellschaft Stuttgart), Dr. Peter Bartmann (Diakonie Bundesverband Berlin), Ulrike Häcker (BeB Berlin), Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann (Stiftung kreuznacher diakonie Bad Kreuznach)

© BeB  
Berlin, im Juli 2011

## Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung .....	4
0. Hintergrund .....	6
1. Ziel des Positionspapiers .....	8
2. Gesundheitliche Versorgung im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention .....	8
2.1 UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) .....	9
2.2 Allgemeine Vorgaben der BRK .....	9
2.3 Spezielle Vorgaben zur gesundheitlichen Versorgung in Art. 25 und 26 .....	9
2.3.1 Erreichbares Höchstmaß an Gesundheit .....	9
2.3.2 Diskriminierungsfreie Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen .....	12
2.3.3 Vorhaltung einer unentgeltlichen oder erschwinglichen Gesundheitsversorgung gleichberechtigt für alle Bürgerinnen und Bürger hinsichtlich Qualität und Umfang...	13
2.3.4 Angebote an spezialisierten Gesundheitsleistungen, die wegen der Behinderung benötigt werden .....	13
2.3.5 Angebot von gemeindenahen Gesundheitsleistungen .....	14
2.3.6 Verpflichtung für Angehörige der Gesundheitsberufe zur Versorgung von Menschen mit Behinderung in gleicher Qualität wie andere Menschen .....	15
2.3.7 Spezielle Vorgaben zur Habilitation und Rehabilitation in Art. 26 BRK .....	16
3. Konzept der „angemessenen Vorkehrungen“ .....	16
4. Fazit und Ausblick .....	18

## Zusammenfassung

### Hintergrund

Träger der Diakonie haben von Beginn ihres Bestehens an immer auch Angebote zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung geschaffen, beispielsweise durch die Gründung von Krankenhäusern oder anderer Gesundheitsangebote. Damit war immer auch der Versuch verbunden, Versorgungslücken zu schließen. Mit den Veränderungen in der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie und den parallelen Entwicklungen im gesundheitlichen Versorgungssystem treten inzwischen neue Versorgungslücken auf. Diese Mängel gilt es zu beseitigen, damit Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung ihr in der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen zugesichertes Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit in Anspruch nehmen können.<sup>1</sup>

Mit der Dezentralisierung und Ambulantisierung in der Behindertenhilfe müssen sowohl die medizinische Expertise als auch das Wissen um die besonderen Bedürfnisse der betroffenen Menschen, die bislang häufig an die Standorte von Einrichtungen gebunden waren, in den Sozialraum transferiert werden. Zukünftig werden mehr Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung an die Türen des ambulanten gesundheitlichen Versorgungssystems klopfen und dieses hat sich auf die veränderten Anforderungen einzustellen.

Auch diakonische Dienste und Einrichtungen sind dazu aufgerufen, neue und innovative Gesundheitsangebote zu entwickeln, um beispielhaft durch medizinische Versorgungszentren (MVZ) oder Beratungsstellen die ambulante Versorgung sicherzustellen bzw. zu ergänzen, solange das bestehende Versorgungssystem diese Aufgabe nicht vollständig leisten kann.

#### i. Ziel des Positionspapiers

Mit vorliegendem Positionspapier will der BeB vor dem Hintergrund der geplanten Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung, einen Beitrag zur Entwicklung eines sozialräumlich orientierten, barrierefreien und qualifizierten Gesundheitssystems leisten, das den besonderen Bedarfen von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung Rechnung trägt. Dazu setzt der BeB die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention, die Orientierung und Maßstab für die zukünftige Ausgestaltung des Versorgungssystems zugleich sind, ins Verhältnis zur Versorgungsrealität in Deutschland.

#### ii. Gesundheitliche Versorgung im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention

Die UN-Behindertenrechtskonvention führt detailliert aus, welche Voraussetzungen in Deutschland erfüllt sein müssen, um Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung die Inanspruchnahme ihres Rechts auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit zu ermöglichen. Obwohl das deutsche Gesundheitssystem im Vergleich zu vielen anderen Staaten auf einem unstrittig hohen Niveau angesiedelt ist und grundsätzlich allen Bürgerinnen und Bürgern die gleichen Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehen, erfahren viele Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung Ausgrenzung und Benachteiligung. Insbesondere die gesundheitspolitischen Reformen der letzten Jahre haben dazu geführt, dass an einigen Stellen Mangel- und Unterversorgung nicht nur droht, sondern bereits Realität ist.

---

<sup>1</sup> Vgl. Art. 25 des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen vom 13.12.2006.

### iii. Konzept der „angemessenen Vorkehrungen“

Von dem in Deutschland weitgehend unbekanntem Konzept der „angemessenen Vorkehrungen“ ist an vielen Stellen in der Behindertenrechtskonvention die Rede. Das Konzept der „angemessenen Vorkehrungen“ ist von der Barrierefreiheit abzugrenzen. Während Barrierefreiheit auf die generelle Absenkung von Barrieren für eine unbestimmte Zahl von Personen gerichtet ist, zielen die angemessenen Vorkehrungen auf den Einzelfall. Innerhalb der formalen Gleichbehandlung werden dadurch Unterschiede in Bedarfen und Bedürfnissen anerkannt.

Im Bereich der Gesundheit könnten die „angemessenen Vorkehrungen“ an unterschiedlichen Stellen zum Tragen kommen und den Rechten des einzelnen Menschen mit Behinderung zum Durchbruch verhelfen. Ein Anwendungsbereich stellt die Hilfsmittelversorgung dar. Durch angemessene Vorkehrungen beim Prozess der Hilfsmittelversorgung sollte den individuellen Bedarfen Rechnung getragen und so dafür gesorgt werden, dass ein zweckmäßiges und erforderliches Hilfsmittel zur Verfügung steht. Angemessene Vorkehrungen könnten auch eine persönliche Assistenz oder Unterstützung umfassen, z.B. bei der Kommunikation mit Ärzten, Therapeuten und anderen im Gesundheitswesen tätigen Personen.

### iv. Zuständigkeit

Von den Vorgaben der Konvention abgeleitet, lassen sich unterschiedliche Zuständigkeits Ebenen innerhalb der regionalen Gesundheitsversorgung identifizieren. Politik, Selbstverwaltung und diakonische Einrichtungen und Dienste stehen in der Pflicht und Verantwortung, die identifizierten Dimensionen der Versorgung auszugestalten und die notwendigen gesundheitlichen Angebote vorzuhalten.

### v. Ausblick

Wenn nicht grundlegende Änderungen in Struktur und Inhalt vorgenommen werden, kommt Deutschland mit seinem gesundheitlichen Versorgungssystem nicht seiner Verpflichtung nach, das Menschenrecht von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung auf ein erreichbares Höchstmaß an Gesundheit zur Wirkung zu bringen. Was das erreichbare Höchstmaß der Gesundheit in einem sozialen Gefüge umfassen soll, muss die Gesellschaft insgesamt entscheiden. Wie die Entscheidung ausfällt, ob Unter- und Obergrenzen festgelegt werden, kann dabei zunächst offen bleiben. Wenn die Entscheidung über Art und Umfang der gesundheitlichen Versorgung allerdings getroffen ist, muss sie für alle ihre Bürgerinnen und Bürger Geltung haben und nicht theoretisch oder faktisch bestimmte Personengruppen ausschließen oder diskriminieren.

## 0. Hintergrund

Diakonische Einrichtungen und Dienste haben von Beginn ihres Bestehens an immer auch Angebote zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung vorgehalten. Konzeptionell gehörten medizinische Versorgung, berufliche und soziale Angebote zusammen. Auch haben diakonische Träger immer wieder versucht Lücken, insbesondere auch medizinische Versorgungslücken, zu schließen. Viele Einrichtungen haben in der Vergangenheit einen eigenständigen ärztlichen Dienst eingeführt, der die medizinische Versorgung der Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung in der Einrichtung sichergestellt hat. Durch die Gründung von Krankenhäusern und anderen therapeutischen Einrichtungen haben sie sich an der medizinischen Versorgung der Bevölkerung beteiligt. Noch heute sind daher eine Vielzahl von medizinischen und therapeutischen Einrichtungen wie Krankenhäuser oder Frühförderstellen in diakonischer Trägerschaft.

Viele der damals bestehenden Versorgungslücken konnten inzwischen geschlossen werden. Grundsätzlich stehen heute Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung gleichberechtigt mit allen anderen Bürgerinnen und Bürgern das bestehende Gesundheitssystem und dessen Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des SGB V, nicht hingegen im Bereich der Privaten Krankenversicherung, zur Verfügung. In § 2a SGB V wird seit 2004 sogar explizit darauf hingewiesen, dass den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung bei der gesundheitlichen Versorgung Rechnung zu tragen ist. Dies weckt die Hoffnung, dass Versorgungslücken bzw. Mängel bei der Versorgung von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung im Vergleich zur übrigen Bevölkerung endgültig der Vergangenheit angehören. Bei näherer Betrachtung ist allerdings festzustellen, dass dies nicht zutrifft: Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung sind häufig faktisch daran gehindert, alle die für sie notwendigen Gesundheitsleistungen im bestehenden Versorgungssystem in Anspruch zu nehmen. Sie treffen zudem auf Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitssystems, die, gleich einem Spiegel der Gesellschaft, nicht für ihre Bedürfnisse sensibel sind. Spezielle diagnostische, präventive und kurative Angebote stehen nicht flächendeckend zur Verfügung. An vielen Stellen drohen daher weiterhin Fehl- oder Unterversorgung von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung. Einige diakonische Einrichtungen haben bereits insoweit darauf reagiert, dass sie medizinische Versorgungszentren (MVZ) zur ambulanten Versorgung von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung gegründet haben, um einer Mangel- oder Unterversorgung zu begegnen. Hinzugekommen sind Beratungsstellen, die ebenfalls das bestehende Versorgungssystem ergänzen, um den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung Rechnung zu tragen. Allerdings reicht dieses Engagement diakonischer Einrichtung nicht aus, um für alle Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung eine ausreichende Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Bei Menschen mit einer seelischen Behinderung kann bereits von einer Fehl- oder Unterversorgung bei psychiatrisch-psycho-therapeutischen Behandlungen und Angeboten der medizinischen Rehabilitation ausgegangen werden. Die defizitäre Behandlungssituation trägt oft zu einem nicht unerheblichen Anteil zur Chronifizierung psychischen Leidens bei. Nach Zahlen der WHO liegen in Deutschland im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Staaten psychiatrische Störungen an erster Stelle bei den Ursachen der durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre.

Die aktuellen Veränderungsprozesse in der Behindertenhilfe zeigen deutlich, welche gesellschaftlichen Probleme zukünftig gelöst werden müssen, um Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung umfassende Teilhabe zu ermöglichen. Mit den Entwicklungen in der Behindertenhilfe werden auch neue Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung gestellt, die zu einer Verstärkung

der bereits bestehenden Probleme führen können: Die zunehmende Dezentralisierung von Groß- und Komplexeinrichtungen führt meist zur Auflösung evtl. noch vorhandener ärztlicher und therapeutischer Angebote bzw. zu ihrer erschwerten Bereitstellung durch oder mit Hilfe der Einrichtung. Insofern führen diese Entwicklungen zu der grundsätzlichen Frage, wie die Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung in der Zukunft zu gestalten ist, wenn die Menschen mit Behinderung in der Gemeinde und in solchen Wohnformen wohnen, in denen sie wohnen möchten. Damit ist eine Vielzahl von weiteren Fragen verbunden, auf die zukünftig Antwort gefunden werden muss, wenn eine adäquate Gesundheitsversorgung als wichtige Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe anerkannt wird:

- Wie kann die notwendige Regelversorgung in der Gemeinde sichergestellt werden?
- Wie können die dort tätigen Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten im Umgang mit Menschen mit Behinderung Erfahrungen sammeln und sich dieser Patientengruppe öffnen?
- Wo stößt die gesundheitliche Regelversorgung bei Menschen mit Behinderung an ihre Grenzen, wo droht Unterversorgung?
- Wie kann gleichzeitig auch die notwendige behinderungsspezifische Gesundheitsversorgung sichergestellt werden?
- Wie kann die Expertise, die an den Standorten der bisherigen Komplexeinrichtungen gebündelt war, weiterentwickelt werden?
- Wie gelingt der Übergang in der gesundheitlichen Versorgung von Jugendlichen an der Schwelle zum Erwachsenen?
- Welches sind elementare Anforderungen bei der Organisation von gesundheitsbezogenen Leistungen für Erwachsene?
- Nicht zuletzt ist die Frage zu klären, wie gesundheitsbezogene Leistungen, soweit sie sich im Wesentlichen auf die Behinderung beziehen oder durch sie bedingt werden, aus leistungsrechtlicher Sicht zu bewerten sind.
- Und wie können Menschen mit Behinderung ohne eigenes Einkommen sich die notwendigen Leistungen selber beschaffen oder die zur Versorgung notwendigen Zusatzkosten aufbringen?

Diese Liste ließe sich noch weiter fortsetzen und im Folgend wird der Versuch gemacht, auf einige der aufgeworfenen Fragen Antworten zu finden und Lösungsmöglichkeiten zu skizzieren. Denn bislang haben Politik und Selbstverwaltung einerseits und auch die Leistungserbringer andererseits noch keine zufrieden stellenden Lösungen für diese drängenden Probleme gefunden. Wenn diakonische Einrichtungen und Dienste sich der Verantwortung der Bereitstellung von Hilfen für Menschen mit Behinderung stellen wollen, müssen sie auch bei der Gestaltung der Gesundheitsversorgung und nicht nur in anderen Versorgungsbereichen eine wichtige Rolle spielen.

Die zukünftige Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung in der Gemeinde ist nach Auffassung des BeB Teil der Weiterentwicklung der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie. Sie muss sich dabei zwingend an den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention ausrichten.<sup>2</sup> Obwohl die Konvention primär den Staat und die dazugehörige Verwaltung, die Länder und die Kommunen verpflichtet, sind auch diakonische Einrichtungen nicht aus der Verantwortung entlassen, ihren Teil zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung beizutragen und wo nötig aktiv tätig zu werden und gegenüber den Sozialleistungsträgern auf der Umsetzung

<sup>2</sup> In seiner Stellungnahme zum Gesetz zur UN-Behindertenrechtskonvention vom 11.12.2008 hat der BeB bereits auf die bestehenden Probleme hingewiesen und damit die Darstellung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung der damals amtierenden Bundesregierung in der Denkschrift kritisiert (Quelle: [http://www.beb-ev.de/files/pdf/stellungnahmen/2008-12\\_stellungnahme\\_un\\_konvention.pdf](http://www.beb-ev.de/files/pdf/stellungnahmen/2008-12_stellungnahme_un_konvention.pdf)).

der BRK auch bei der Gesundheitsversorgung zu bestehen und sich selbst aktiv daran, in der Regel als Leistungserbringer, zu beteiligen.

## 1. Ziel des Positionspapiers

Mit vorliegendem Positionspapier will der BeB vor dem Hintergrund der geplanten Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung einen Beitrag zur Entwicklung eines sozialräumlich orientierten, barrierefreien und qualifizierten Gesundheitssystems leisten, das den besonderen Bedarfen von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung Rechnung trägt.<sup>3</sup> Dazu setzt der BeB die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention, die Orientierung und Maßstab für die zukünftige Ausgestaltung des Versorgungssystem zugleich sind, ins Verhältnis zur Versorgungsrealität in Deutschland. Beispielhaft weist er auf bestehende Probleme bei der aktuellen Versorgung von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung hin und zeigt Lösungsansätze auf. Dabei sollen auch diakonische Einrichtungen und Dienste angeregt und aufgefordert werden, eigene Ideen für innovative Gesundheitsangebote (z.B. Medizinische Versorgungszentren) für Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung im Sozialraum zu entwickeln und aufzubauen.

## 2. Gesundheitliche Versorgung im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention

Das Sozialgesetzbuch IX (SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) formuliert umfassende Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe, ohne sie leistungsrechtlich für die Einzelgesetze zu konkretisieren, so dass zahlreiche Vorgaben nicht umgesetzt wurden. Dies gilt insbesondere für die kurative, diagnostische, präventive und evaluative Versorgung nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung).

Um sicherzustellen, dass besondere Belange von Menschen mit Behinderung bei der gesundheitlichen Versorgung berücksichtigt werden, hat der Gesetzgeber 2004 den § 2a in das SGB V eingeführt. Danach ist im Gesundheitssystem „den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen“. Diese Generalformel hat jedoch nicht dazu geführt, dass der darin enthaltene Auftrag wirksam in den leistungsrechtlichen und leistungserbringerrechtlichen Einzelvorschriften durchgängig umgesetzt wurde. Lediglich an wenigen Stellen wurden Konkretisierungen vorgenommen.<sup>4</sup>

Mehrfach haben die Verbände der Behindertenhilfe auf die unzureichende Berücksichtigung solcher besonderer Bedarfe behinderter Menschen, die durch die Behinderung bedingt bzw. mit ihr assoziiert sind, im SGB V und damit auf die nur unzureichende Beachtung des § 2a SGB V und auch des § 27 SGB IX hingewiesen.

Mit der UN-Behindertenrechtskonvention und ihren konkreten Vorgaben zur Ausgestaltung des gesundheitlichen Versorgungssystems wird nicht nur den Forderungen der Verbände Nachdruck verliehen, sondern dem Gesetzgeber wird deutlich gemacht, dass grundlegende Änderungen im Gesundheitssystem vorzunehmen sind. Alle dort tätigen Akteure sind bei diesen Anstrengungen mit in die Verantwortung zu nehmen.

<sup>3</sup> Referentenentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Quelle: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/Laufende\\_Verfahren/V/10\\_06\\_11\\_Referentenentwurf\\_Versorgungsgesetz.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Laufende_Verfahren/V/10_06_11_Referentenentwurf_Versorgungsgesetz.pdf), aufgerufen am 04.07.2011)

<sup>4</sup> z. B. in § 27 Abs. 1 S.3, in § 33 Abs 1 S. 2 oder § 92 Abs 1 Satz 1.



## 2.1 UN-Behindertenrechtskonvention (BRK)

Die zukünftige Ausgestaltung des Gesundheitssystems ist als Teil der Weiterentwicklung der Behindertenhilfe an den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) auszurichten. Die BRK enthält - aufgrund ihres alle Lebensbereiche umfassenden Charakters - in Art. 25 dann auch konkrete Vorgaben zur Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitssystems. Die BRK formuliert die Forderung nach Umsetzung des Prinzips des disability mainstreaming in allen Gesetzen und gesetzesähnlichen Regelungen: Das bedeutet: Alle Gesetze sollen daraufhin geprüft werden, ob sie den Anforderungen der BRK, hier insbesondere nach Art 25 und 26 entsprechen. Deren gemeinsame Vorgaben gipfeln in dem umfassenden Recht, „ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren“.

## 2.2 Allgemeine Vorgaben der BRK

Mit der Ratifikation der Behindertenrechtskonvention hat sich Deutschland verpflichtet, die Inhalte der Konvention in deutsches Recht zu übernehmen bzw. umzusetzen.<sup>5</sup> Die gesamte BRK durchzieht die so genannte Pflichtentrias „Achtung, Schutz und Gewährleistung“. Deutschland hat damit die Pflicht, die Würde, die Bedürfnisse, den Beitrag von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung und deren Rechte zu achten, ihre Rechte zu schützen und die Verwirklichung ihrer Rechte zu gewährleisten. Diese Pflichten umfassen alle Inhalte der Konvention und damit auch die Vorgaben zur gesundheitlichen Versorgung. Obwohl es spezielle Vorschriften zur „Gesundheit“ gibt, gelten die allgemeinen Vorgaben der BRK in gleicher Weise, so beispielhaft die Vorgaben zur Barrierefreiheit in Art. 9 BRK oder die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Frauen und Kindern nach Art. 6 und 7 BRK.

## 2.3 Spezielle Vorgaben zur gesundheitlichen Versorgung in Art. 25 und 26

Die BRK beinhaltet die Verpflichtung der Vertragsstaaten, eine adäquate und vor allem nicht diskriminierende Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung sicherzustellen. Dazu sollen alle geeigneten Maßnahmen ergriffen werden, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung – einschließlich der Rehabilitation – gewährleisten. Neben der behinderungsadäquaten Ausgestaltung des Regelversorgungssystems gehören dazu auch Angebote von Gesundheitsleistungen, die von Menschen mit Behinderung speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden.

Um diese Ansprüche zu verwirklichen, muss es qualitativ hochwertige, barrierefreie und gemeindenahe Versorgungsangebote für alle Menschen mit Behinderung geben. Dies ist derzeit weder flächendeckend noch wohnortnah gegeben. Es fehlen nicht nur ausreichend barrierefreie Arztpraxen und Praxen zur Heilmittelerbringung, sondern auch die Kenntnisse und die Sensibilität für die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung auf Seiten der Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte. Vorrangig ist daher das Gesundheitssystem in jeder Hinsicht barrierefrei und bedarfsgerecht auszugestalten. Dazu gehört auch die Versorgung mit Hilfsmitteln.

### 2.3.1 Erreichbares Höchstmaß an Gesundheit

Die in Art. 25 S. 2 genannte Pflicht der Vertragsstaaten, anzuerkennen, dass Menschen mit Behinderung ein Recht auf das „erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“ haben, ist in der BRK nicht näher beschrieben oder gar definiert. Daher ist zunächst die Frage zu klären, was darunter zu verstehen ist. Neben der bestmöglichen Abwesenheit von Krankheit gehört bei Menschen mit Behinderung sicher dazu, dass Komplikationen und behinderungsbedingte zusätzliche Krankheitsrisiken vermindert bzw. vermieden werden. Weiterhin ist eine optimale

<sup>5</sup> Die UN-Behindertenrechtskonvention ist seit dem 26.03.2009 verbindliches Recht in Deutschland.

Funktionsfähigkeit im Sinne der funktionalen Gesundheit (ICF) zu fördern. Schließlich ist eine Gesundheitsversorgung zu bieten, die auf die spezielle Bedürfnisse und Probleme behinderter Menschen eingeht, behinderungsassoziierte Beeinträchtigungen bei ihrer Inanspruchnahme vermeidet und die Lebensqualität nachhaltig steigert.

In Deutschland ist die kurative Versorgung im Vergleich zu manchen anderen Vertragsstaaten unstrittig auf einem hohen Stand. Eine ganze Reihe von Präventions- und Rehabilitationsangeboten erweitern das kurative Versorgungssystem und runden es gleichzeitig ab. Grundsätzlich kann damit jeder Bürgerin und jedem Bürger durch das bestehende Versorgungssystem ein hohes Maß an Gesundheit ermöglicht werden.

Insgesamt ist in Deutschland ein guter Gesundheitszustand in der Bevölkerung zu verzeichnen: Die durchschnittliche Lebenserwartung, aber auch die Erwartung behinderungsfreier Lebensjahre sind in den letzten Jahrzehnten für jeden Geburtsjahrgang höher als für den vorangegangenen Geburtsjahrgang. Allerdings sind relativ große Unterschiede in Abhängigkeit vom Einkommen, Bildungsstand und beruflichem Status zu beobachten.

Auch Menschen mit schwerer Behinderung können heute mit einem deutlich längeren Leben rechnen als in früheren Jahrzehnten. Während die Steigerung der allgemeinen Lebenserwartung keineswegs nur auf die Qualität und Leistungsfähigkeit des Medizinsystems zurückzuführen ist, sondern in hohem Maße auch auf die verbesserten Lebens- und Arbeitsbedingungen, ist die Lebenserwartung und -qualität bei schweren chronischen Gesundheitsproblemen, von denen Menschen mit Behinderung überdurchschnittlich betroffen sind, in stärkerem Maße von der medizinischen Versorgung abhängig.

Auch bei schwerer chronischer Erkrankung und Behinderung gibt es ein individuell erreichbares Höchstmaß an Gesundheit, das nicht mit Leiden oder Unmöglichkeit der Teilhabe gleichzusetzen ist. Gesellschaft und Medizin haben darauf zu achten, dass Menschen mit Behinderungen das erreichbare Höchstmaß tatsächlich erreichen können. Dieses zu beschreiben und darauf zu achten, dass dieses Höchstmaß von allen beteiligten Akteuren auch wirklich bewusst angestrebt wird (Vermeidung von Ignoranz, Nichtberücksichtigung, usw.), ist Aufgabe aller Akteure in der Gesundheitsversorgung.

Medizinerinnen und Mediziner sowie Therapeutinnen und Therapeuten müssen den durch die Behindertenrechtskonvention kodifizierten Rechtsanspruch ihrer Patientinnen und Patienten zur Geltung bringen. Dies schließt neben der eigenen Tätigkeit die Sorge dafür ein, dass die Patientinnen und Patienten alle Leistungen im notwendigen Umfang erhalten und so z. B. ausreichend mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln versorgt werden sowie Zugang zu spezialisierten Diensten haben. Mit dem Recht, Leistungen zu verordnen oder zu erschließen, korrespondiert eine hohe Verantwortung für eine in Quantität und Qualität ausreichende Versorgung besonders für Personen, die einen besonderen Bedarf haben und sich aufgrund ihrer Lebenssituation selbst nicht wirksam Recht verschaffen können.

Die individuellen Handlungsmöglichkeiten der Ärztinnen und Ärzte sowie anderer Mitglieder der Heil- und Pflegeberufe werden durch Regelungen der Selbstverwaltung (Kassenärztliche Vereinigungen) bzw. Richtlinien und Empfehlungen der Krankenkassen definiert und zugleich begrenzt. Zum Beispiel führen Regelleistungsvolumina und Pauschalvergütungen, die sich an Bedarfsdurchschnitten orientieren, in der Praxis nicht selten zu einem restriktiven Umgang mit den Ressourcen, da ein Mehrbedarf von Menschen mit Behinderungen nicht ausgeglichen werden kann. Beispiele sind die Heil- und Hilfsmittelversorgung von Menschen mit schweren Behinderungen oder die ärztliche Konsultation für chronisch psychisch kranke Menschen. Demgegenüber werden aber Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit gesetzlichem Auftrag und die Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Behin-

der UN-Behindertenrechtskonvention unmittelbar verpflichtet dafür Sorge zu tragen, dass die Leistungserbringer unabhängig von ihrem rechtlichen Status die Konvention umsetzen.

Der Gesetzgeber, der in Deutschland die Gestaltung des Gesundheitswesens im Rahmen der gesetzlichen Regelungen an Dritte, nämlich Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und andere Leistungsträger und -erbringer delegiert, muss dafür Sorge tragen, dass die von ihm beauftragten Akteure die UN-Konvention umsetzen, auch wenn sie freiberuflich, als privates Unternehmen oder in frei-gemeinnütziger Trägerschaft tätig sind. Neben den gesetzlichen Normen, z.B. dem Diskriminierungsverbot oder der Bestimmung, die Belange chronisch kranker und behinderter Menschen zu berücksichtigen (§ 2a SGB V), muss er die wirtschaftlichen Anreize für die Akteure so setzen, dass die Bestimmungen der UN-Behindertenrechtskonvention möglichst gut verwirklicht werden.

Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre haben zwar die Akteure in der Gesundheitsversorgung dazu verpflichtet, die besonderen Belange chronisch kranker und behinderter Menschen zu berücksichtigen (§ 2a SGB V, GMG 2004). Andererseits wurde die finanzielle Eigenverantwortung und Belastung in Form von Zuzahlungen, Aufzahlungen und Eigenanteilen (z.B. für Zahnersatz), Eigenkäufen bzw. Leistungsausschlüssen (z.B. von rezeptfreien Arzneimitteln) deutlich erhöht.

Dabei erkennt der Gesetzgeber an, dass chronisch kranke und behinderte Menschen in ihrer Lebenslage stärker vor finanzieller Überforderung auf Grund ihrer Erkrankung geschützt werden müssen als Menschen mit besserer Gesundheit.<sup>6</sup> Auch durch untergesetzliche Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen gibt es Ausnahmeregelungen zugunsten von Menschen mit besonders schwerer Beeinträchtigung (z.B. bei den Sehhilfen).

Dennoch sind in der Praxis finanzielle Belastungen zu beobachten, die Menschen mit geringem Einkommen überfordern und die angesichts der UN-Behindertenrechtskonvention nicht hingenommen werden können. Beispielsweise können Menschen mit Behinderung, die vielleicht nur über das Einkommen aus ihrer Werkstatttätigkeit verfügen und auf nicht-verschreibungspflichtige Medikamente angewiesen sind, diese – trotz Festlegung von Belastungsgrenzen in § 62 SGB V – nicht finanzieren. Auch das Aufschieben von notwendigen Arztbesuchen, um die Praxisgebühr einzusparen, ist nicht selten eine Maßnahme, um finanzielle Lasten zu vermeiden, die natürlich im Ergebnis zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen kann. Daher werden Maßnahmen, die das Ziel haben, eine Überbeanspruchung des Gesundheitssystems durch die Allgemeinbevölkerung zu verhindern (wie die Praxisgebühr oder die Einschränkungen bei der Übernahme von Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung) für Menschen mit schwerer Behinderung zu ernsthaften Hindernissen bei der Inanspruchnahme der Versorgung.

Gestaltungsspielräume, die Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige der Heil- und Pflegeberufe bei der Ausübung ihrer Tätigkeit haben, z.B. bei der Wahl des Praxisortes und Gebäudes, der Praxisöffnungszeiten, der Bildung eines Schwerpunktes oder der Privatliquidation stellen sich für Menschen mit schwerer Behinderung häufig als kumulierende Hindernisse dar: Es kann dadurch für Menschen mit schwerer Behinderung oder schwerer chronisch psychischer Erkrankung schwierig sein, eine Ärztin oder einen Arzt zu finden, der in der Lage und bereit ist, sie mit der benötigten Qualität zu behandeln. Nicht selten fallen überdurchschnittliche Fahrtzeiten und -kosten (ggf. auch der Verdienstausschlag eines begleitenden Angehörigen) an. Wirtschaftlich stellen neben diesen Faktoren die erforderlichen Eigenkäufe (bzw. Eigenanteile) von Arznei-, Hilfs- und Heilmitteln große Hindernisse bei der Inanspruchnahme einer be-

<sup>6</sup> Vgl. §§ 61, 62 SGB V.

darfsgerechten Versorgung dar, denn Menschen mit Behinderung leben überdurchschnittlich oft in Armut oder sind von Armut bedroht.

Hinzu kommen Schwierigkeiten, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten, die die Krankenkassen genehmigen müssen oder bei denen die Versorgung durch die Art der Vertragsgestaltung erschwert ist, z. B. im Rahmen von Einzelverträgen. Aufgrund der Notwendigkeit, Ausgaben zu begrenzen, verhalten sich Krankenkassen bei Genehmigungen (z.B. bei Rehabilitationsleistungen) wie auch bei der Umsetzung von Leistungen durch Einzelverträge (z.B. Soziotherapie, häusliche Krankenpflege für Menschen mit psychischer Erkrankung) sehr restriktiv – mit der Folge, dass notwendige Leistungen für schwerkranke Menschen unterbleiben können.

Durch die UN-Behindertenrechtskonvention wird die Notwendigkeit unterstrichen, Menschen mit Behinderung durch eine angemessene und angepasste gesundheitliche Versorgung das individuell erreichbare Höchstmaß an Gesundheit zu ermöglichen. Ein genauer Blick auf die Versorgungswirklichkeit zeigt, dass das Gesundheitssystem in Deutschland von diesem Anspruch noch erstaunlich weit entfernt ist und dass beträchtliche Anstrengungen erforderlich sind, um diese Situation zu verändern. Dabei muss es, wie erwähnt, insbesondere darum gehen, die nicht-staatlichen Akteure, die durch die Konvention nicht direkt verpflichtet werden, über die Selbstverwaltung und über die Einbindung in die gesetzliche Krankenversicherung zu den entsprechenden Maßnahmen zu verpflichten – und eine entsprechende Bewusstseinsbildung einzuleiten.

### **2.3.2 Diskriminierungsfreie Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen**

Das Recht auf ein erreichbares Höchstmaß an Gesundheit beinhaltet die diskriminierungsfreie Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Die Behinderung eines Menschen darf nicht dazu führen, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten erschwert wird. Auf dem Weg zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen treffen Menschen mit Behinderung allerdings auf eine ganze Reihe von Hindernissen. So ist beispielhaft die Ärztin bzw. der Arzt bei ihrer bzw. seiner Arbeit auch darauf angewiesen, dass die Patientin bzw. der Patient eine aktive Rolle spielt z.B. bei der Anamnese. Diese Rolle können viele Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung nicht in der erwarteten Weise ausfüllen und die Ärztinnen bzw. Ärzte verfügen auf ihrer Seite zumeist über keine alternativen Kommunikationsmöglichkeiten. Die Kommunikation ist jedoch beim Arzt-Patienten-Kontakt von zentraler Bedeutung. Um an dieser Stelle Barrieren zu beseitigen, müssen Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Pflegekräfte auf alternative Kommunikationsmöglichkeiten zurückgreifen. Ggf. sind die Schilderungen von Angehörigen / gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern oder Mitarbeitenden – auch wenn diese für den Experten laienhaft scheinen – stärker bei der Entscheidung über Medikation oder Therapien mit zu berücksichtigen. Barrierefreie Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen beinhaltet auch die individuell angepasste Aufklärung hinsichtlich möglicher Nebenwirkungen oder Risiken bei Medikamenten oder medizinischen Eingriffen. Von Betroffenen wird es zudem besonders schmerzlich empfunden, wenn sie im Gespräch übergangen werden und der Arzt / Therapeut in ihrem Beisein mit anderen (Angehörigen, Mitarbeitenden) über sie spricht.

Vielerorts wird nicht nur der fehlende barrierefreie Zugang zu Arzt- oder Therapeutenpraxen bemängelt, sondern auch die fehlende barrierefreie Ausstattung der Praxen selbst. So fehlen häufig entsprechend höhenverstellbare Untersuchungsgeräte, barrierefreie Umkleemöglichkeiten oder gar barrierefreie Toiletten ebenso wie akustische und visuelle Hilfsmittel oder Informationen in Brailleschrift. Dem ist zwingend abzuwehren und die kassenärztlichen Vereinigungen sind dazu aufgerufen, auf entsprechende Änderungen und Anpassungen in den Praxen hinzuwirken.

### **2.3.3 Vorhaltung einer unentgeltlichen oder erschwinglichen Gesundheitsversorgung gleichberechtigt für alle Bürgerinnen und Bürger hinsichtlich Qualität und Umfang**

Die Vorgabe zur Bereitstellung einer unentgeltlichen oder erschwinglichen Gesundheitsversorgung gewinnt vor dem Hintergrund der Regelungen zu Zuzahlungen, Eigenanteilen und ausgegrenzten Leistungen in der Krankenversicherung an Brisanz. Trotz der Einführung einer Härtefallregelung durch die Begrenzung der jährlichen Zuzahlung ist es vielen Menschen nicht (mehr) möglich, die insgesamt anfallenden zusätzlichen Beträge aufzubringen, zumindest wenn sie behinderungsbedingt über nur geringe finanzielle Ressourcen verfügen.

Besonders brisant wird dies bei den nicht mehr verschreibungsfähigen Medikamenten, auf die viele Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung dringend angewiesen sind und deren Kosten sie nunmehr selbst zu tragen haben. Schwankungen innerhalb der Preisbildung dieser Medikamente verstärken diese problematische Situation. Der BeB fordert in diesem Zusammenhang wiederholt die Aufnahme des behinderungsbedingten Mehrbedarfes bei weiteren Krankheitsbildern als Kriterium für die OTC-Ausnahmenliste, die insbesondere auch den Kreis der Menschen mit Behinderung betreffen (wie Seborrhoisches Ekzem, Psoriasis, Osteoporose, Laxantien und Hautmykosen). Weiterhin sind die Versorgung mit Problemb Brillen (z.B. Prismenbrillen) und festem Zahnersatz sowie die Kosten für Krankentransportleistungen für bestimmte Gruppen von Menschen mit Behinderung noch immer nicht in die Ausnahmenregelung aufgenommen worden.

Allerdings basieren diese Ausnahmeregelungen ausschließlich auf Behandlungsindikationen und berücksichtigen keine individuellen Kontextfaktoren und Ressourcen. Die Umwandlung von bisherigen Vorsorgeleistungen zu so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die der Versicherte selbst zu tragen hat (z.B. Glaukomvorsorge), führt in der Folge dazu, dass viele Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung beim Bezug von Sozialhilfe/Eingliederungshilfe diese Leistungen nicht mehr in Anspruch nehmen können. Die deutliche Beschränkung der Übernahme von Fahrtkosten führt häufig dazu, dass der Arztbesuch unterbleibt oder dass nur gut fußläufig erreichbare Ärzte aufgesucht werden können. Letztlich geht damit die Einschränkung des Rechts auf freie Arztwahl einher. Dies ist nicht hinzunehmen. Daher müssen Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen sowie andere Akteure darauf hinwirken, dass an dieser Stelle Abhilfe geschaffen wird. Bei Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung in Einrichtungen wird der Wegfall der Fahrtkostenübernahme häufig von Mitarbeitenden der Einrichtungen durch Fahrdienste kompensiert. Diese Praxis stellt allerdings keinesfalls eine Lösung des Gesamtproblems dar und kommt auch vor dem Hintergrund der voranschreitenden Ambulantisierung zukünftig nur noch einem kleinen Personenkreis zugute.

### **2.3.4 Angebote an spezialisierten Gesundheitsleistungen, die wegen der Behinderung benötigt werden**

Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung müssen gleichberechtigt mit anderen Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit haben, im Rahmen der gesundheitlichen Regelversorgung ihren Versorgungsbedarf zu decken. Daneben sollen nach den Vorgaben der Konvention auch spezialisierte Gesundheitsleistungen angeboten werden, die wegen der Behinderung benötigt werden. Damit muss das Gesundheitssystem beides sicherstellen: Die Regelversorgung muss in der Weise weiterentwickelt werden, dass auch Menschen mit Behinderung bei allgemeinen Erkrankungen oder Vorsorgeuntersuchungen die Versorgung im Regelsystem in Anspruch nehmen können. Voraussetzung dafür ist die Qualifizierung der Ärzte und des Pflegepersonals in Bezug auf die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung im ambulanten Versorgungssystem. Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung haben neben dem Regelversorgungsbedarf auch einen Bedarf an spezialisierten Gesundheitsleistungen, die im Regelsystem bzw. auf

der Ebene der Primärversorgung nicht angeboten werden können. Daher sind spezialisierte Gesundheitsangebote neben dem Regelversorgungssystem vorzuhalten, um die notwendige, mit einer Behinderung oder psychischen Erkrankung assoziierte spezifische Versorgung sicherzustellen.

Insbesondere für erwachsene Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung fehlen häufig qualifizierte Spezialangebote. Kinder und Jugendliche mit Behinderung oder psychischer Erkrankung sind in aller Regel im Rahmen der Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) ausreichend und qualifiziert versorgt, bei Erreichung der Volljährigkeit bricht allerdings diese Versorgung weg und Anschlusslösungen fehlen. Es besteht daher für einige – längst nicht alle – Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung ein Versorgungsbedarf, der nur in interdisziplinär ausgestatteten Spezialambulanzen / Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) im Sinne von medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung<sup>7</sup> gedeckt werden kann. Ein Teil der psychisch erkrankten Menschen benötigen komplexe, diagnosespezifische Behandlungsansätze, die nur in interdisziplinär und vernetzt arbeitenden Institutsambulanzen oder in entsprechenden MVZ erbracht werden können.

### **2.3.5 Angebot von gemeindenahen Gesundheitsleistungen**

Nach dem Wortlaut der BRK müssen die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich anbieten. Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung sollten demnach in erreichbarer Nähe Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen können. In der Realität ist die selbstverständliche Inanspruchnahme von gemeindenahen Versorgungsleistungen häufig noch nicht möglich. Obwohl in Städten zumeist ein dichtes Netz von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten existiert, ist die Vorgabe der Konvention nicht erfüllt.

In bevölkerungsärmeren und ländlichen Gebieten stellt sich die Versorgungssituation deutlich schlechter dar. Hier herrscht ohnehin häufig Ärztemangel und die dort tätigen niedergelassenen Ärzte haben meist ein Versorgungsgebiet mit erheblicher Ausdehnung. Die fortschreitende Ausdünnung der vertragsärztlichen Versorgung stellt für viele Menschen mit Behinderung eine besondere Erschwernis bei der Erschließung ihrer gesundheitlichen Versorgung dar: Spezialisierte Angebote sind zumeist nur über weite Wegstrecken zu erhalten. Hier gilt es Anreize und Rahmenbedingungen zu schaffen, die Ärztinnen und Ärzten auch in diesen Regionen ein auskömmliches und ertragreiches Tätigsein ermöglicht, um die Versorgung für die dort lebenden Menschen zu gewährleisten.

Die in der Konvention geforderte Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung steht damit in Deutschland erst noch am Anfang, gewinnt aber im Sinne von Ambulantisierung und Dezentralisierung zunehmend an Bedeutung. Die gesundheitliche Versorgung vor Ort im Stadtteil oder in der Gemeinde ist ein wichtiger Bestandteil der sozialräumlichen Angebotspalette.

Allerdings kann damit keinesfalls gemeint sein, dass an allen Orten bundesweit sowohl allgemeine als auch spezialisierte Versorgung für Menschen mit Behinderung vorgehalten werden muss. Auch zukünftig wird es Spezialzentren geben, die sich mit bestimmten Krankheitsbildern befassen und entsprechende Behandlungsmaßnahmen anbieten und für größere Regionen zuständig sind. Gleichwohl muss die grundlegende gesundheitliche Versorgung flächendeckend für Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung gewährleistet sein.

<sup>7</sup> ausführlich im Papier „Gemeindenaher Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung“ der Fachverbände für Menschen mit Behinderung, April 2011 (Quelle: [http://www.beb-ev.de/content/artikel\\_800\\_9.html](http://www.beb-ev.de/content/artikel_800_9.html))

Mit den Veränderungen in der Behindertenhilfe – und den damit verbundenen veränderten Wohn- und Lebensformen – werden deutlich mehr Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung als bislang an die Türen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten klopfen. Gemeindenahe Gesundheitsversorgung bedeutet hier, dass auch Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung zum Hausarzt um die Ecke gehen können. Im System der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung werden die besonderen Anforderungen von Patientinnen und Patienten mit Behinderung, insbesondere mit schwerer Behinderung, allerdings nicht angemessen berücksichtigt. So haben viele niedergelassene Vertragsärzte wenig Interesse an einem großen Patientenstamm von Menschen mit Behinderung. Nicht die Behinderung oder psychische Erkrankung ist dafür in erster Linie ausschlaggebend, sondern der nicht oder unzureichend vergütete zeitliche Mehraufwand, der bei der Versorgung und Behandlung von Menschen mit Behinderung bedingt durch Einschränkungen entstehen kann. Praxen mit entsprechender Schwerpunktbildung können den Zeitaufwand auf Grund der Struktur des EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) und der Regelvolumina nicht geltend machen. (Bei Mehrverordnungen sehen sie sich im Zuge von Wirtschaftlichkeitsprüfungen Regressdrohungen ausgesetzt, ohne dass für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte sicherer Schutz durch die zuverlässige Anerkennung von Praxisbesonderheiten geschaffen würde.)

An dieser Stelle hat sich der BeB wiederholt für eine entsprechende Änderung bzw. Ergänzung im vertragsärztlichen Vergütungssystem (EBM) eingesetzt. Obwohl die Notwendigkeit bei den Verantwortlichen gesehen wird, ist es allerdings bislang nicht gelungen, die Einführung einer gesonderten Abrechnungsziffer zu realisieren. Mit der Verankerung einer entsprechenden Abrechnungsziffer außerhalb des Regelleistungsvolumens wäre die Hoffnung verbunden, dass Vertragsärztinnen und -ärzte ihre Vorbehalte bzw. ihre Zurückhaltung aufgeben und auch vermehrt Menschen mit Behinderung medizinisch betreuen und versorgen, sofern auch das Problem erhöhter Verordnungsmengen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln gelöst wird. An dieser Stelle wird sich der BeB mit den damit befassten Personen weiter engagieren und hoffentlich zeitnah eine Änderung herbeiführen können.

### **2.3.6 Verpflichtung für Angehörige der Gesundheitsberufe zur Versorgung von Menschen mit Behinderung in gleicher Qualität wie andere Menschen**

Auf Grundlage der BRK legen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderung eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen.<sup>8</sup> Dies soll unter anderem durch Schulungen und den Erlass von ethischen Normen für die öffentliche und private Gesundheitsversorgung sichergestellt werden. Die Schärfung des Bewusstseins für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung seitens der Ärzte und des Pflegepersonals soll damit erreicht werden.<sup>9</sup> Häufig leidet die Qualität der Leistungserbringung am Unwissen der im Gesundheitssystem tätigen Personen. Und vielfach leidet die Versorgung daran, dass die Leistungserbringer mit den üblichen Handlungsmustern und Kommunikationsformen an Grenzen stoßen und Alternativen nicht bekannt oder vorhanden sind.

Daran anknüpfend muss die Fort- und Weiterbildung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in den Blick genommen werden. Der BeB hat wiederholt auf die Defizite in der medizinischen Ausbildung hingewiesen. Es fehlt bislang an einer speziellen Orientierung für Ärztinnen und Ärzte sowie übrige Angehörige der Gesundheitsberufe für den Umgang mit Menschen mit Behinderung. Die wissenschaftliche Forschung zu medizinischen Aspekten bei Menschen mit Behinderung – insbesondere im Erwachsenenalter – ist unzulänglich. Letztlich müssen auch bei der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte entsprechende Änderungen vor-

<sup>8</sup> Art. 25 lit. d BRK.

<sup>9</sup> Art. 25 lit. d BRK.

genommen werden. Bekanntlich ist die Änderung von Curricula aber ein langer Weg und daher ist für die zeitnahe Vermittlung von Kenntnissen auf die Fort- und Weiterbildung abzustellen. Die vorhandenen Initiativen zur Fortbildung sollten unterstützt und ausgebaut werden. Die Einrichtungen des BeB sollten sich hier mit ihrem Wissen einbringen.

### **2.3.7 Spezielle Vorgaben zur Habilitation und Rehabilitation in Art. 26 BRK**

Art. 26 legt den Vertragsstaaten die Pflicht auf, dafür Sorge zu tragen, dass Menschen mit Behinderung ein „Höchstmaß an Selbstbestimmung, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens“ erreichen und bewahren. Damit enthält die UN-Behindertenrechtskonvention mit Art. 26 ein umfassendes Recht auf Rehabilitation für Menschen mit Behinderung. Im Detail bedeutet dies, dass Leistungen und Rehabilitationsprogramme im frühest möglichen Stadium einsetzen. In der Konvention wird auch die Notwendigkeit erkannt, rehabilitative Bedarfe multidisziplinär zu ermitteln und auch die Leistungen multidisziplinär zu erbringen. Ziel von Habilitation und Rehabilitation im Sinne der Konvention ist es, Menschen mit Behinderung zur sozialen Teilhabe an allen Lebensbereichen zu befähigen und diese zu gewährleisten. Alle Maßnahmen haben sich daran zu orientieren und sind entsprechend einzusetzen.

Neben der rein medizinischen Versorgung kommt damit dem Bereich der Rehabilitation im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung eine Schlüsselaufgabe zu. Sie dient nicht nur der Minderung körperlichen und psychischen Leidens, sondern sie soll ein weit größeres Ziel erfüllen. Durch Habilitation und Rehabilitation sollen Menschen mit Behinderung in die Lage versetzt werden, ein Höchstmaß an Selbstbestimmung zu erlangen. In welcher Weise dieses Ziel umzusetzen ist, lässt sich dem Wortlaut von Art. 26 entnehmen. Neben der Gewährung von Heilmitteln sind auch unterstützende Geräte und Technologien zur Verfügung zu stellen. Dies hat Auswirkungen auf die Ausgestaltung der Hilfsmittelversorgung in Deutschland, die in der derzeitigen Anwendung für viele Menschen mit Behinderung die erforderlichen Hilfsmittel häufig nur unzureichend zur Verfügung stellt. Damit sich auch die im Bereich der Habilitations- und Rehabilitationsdienste tätigen Personen auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung einstellen, umfassen die notwendigen Maßnahmen zur Umsetzung der Forderungen des Art. 26 auch die Entwicklung von entsprechenden Aus- und Fortbildungsprogrammen.

Ziel muss es sein, dass auch Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung alle Rehabilitationsmaßnahmen erhalten können, sowohl durch ein behindertengerechtes Angebot als auch im Sinne der Reha-Teilnahmevoraussetzungen. Auch neue, für Menschen mit Behinderung geschaffene Rehabilitationsformen wie die mobile oder ambulante Rehabilitation gehören zu einem barrierefreien und an der Inklusion orientierten System der Rehabilitation.

## **3. Konzept der „angemessenen Vorkehrungen“**

An vielen Stellen in der Konvention werden die Vertragsstaaten aufgefordert, angemessene Vorkehrungen zu treffen. Das Konzept der „angemessenen Vorkehrungen“ stellt ein Kernstück der Behindertenrechtskonvention dar. In Art. 2 findet sich die Definition der „angemessenen Vorkehrungen“. Demnach handelt es sich bei diesem Konzept um *„notwendige und geeignete Änderungen und Anpassungen, die keine unverhältnismäßigen oder unbilligen Belastungen darstellen und die, wenn sie in einem bestimmten Fall erforderlich sind, vorgenommen werden, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen oder ausüben können.“* Das Konzept besteht damit aus den drei Hauptbestandteilen: Vorkehrung, Angemessenheit und keine unbillige Belastung.



Am Beispiel eines Menschen, der unter einer rheumatischen Erkrankung der Hände leidet und im Wesentlichen am Computer arbeitet, soll dies verdeutlicht werden. Nach der Vorgaben der Konvention wären angemessene Vorkehrungen getroffen, wenn der Arbeitgeber durch die entsprechende Ausstattung des Arbeitsplatzes wie beispielsweise Spracherkennung oder eine spezielle Maus dafür sorgt, dass dieser Mensch seine Arbeit weiterhin ausüben kann. Die vorgenommene Anpassung wäre notwendig und geeignet und würde für den Arbeitgeber keine unverhältnismäßigen Kosten verursachen. Der betroffene Mensch könnte denselben Arbeitsplatz innehaben und seine Tätigkeit fortführen. Das Konzept verlangt somit die Anpassung der bestehenden Gegebenheiten an die Bedürfnisse des Einzelnen und geht damit Hand in Hand mit dem Diskriminierungsschutz. Die Verweigerung von „angemessenen Vorkehrungen“ erfüllt folgerichtig dann auch den Tatbestand der Diskriminierung. Für psychisch erkrankte Menschen könnte dies bedeuten, entsprechende Job-Coaching-Angebote bereit zu stellen, um den psychisch erkrankten Menschen auf die Arbeitswelt vorbereiten zu können und gleichzeitig im spezifischen Arbeitskontext die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen für gelingende Inklusionsprozesse.

Das Konzept der „angemessenen Vorkehrungen“ ist von der Barrierefreiheit abzugrenzen. Während Barrierefreiheit auf die generelle Absenkung von Barrieren für eine unbestimmte Zahl von Personen gerichtet ist, zielen die angemessenen Vorkehrungen auf den Einzelfall.

Innerhalb der formalen Gleichbehandlung werden dadurch Unterschiede in Bedarfen und Bedürfnissen anerkannt. Damit stehen Barrierefreiheit und das Konzept der „angemessenen Vorkehrungen“ in einer Art Ergänzungsverhältnis. Das Konzept ist insgesamt hinreichend konkret formuliert und kann daher unmittelbare Anwendung beanspruchen. Angemessene Vorkehrungen werden allerdings dann überflüssig sein, wenn umfassende Barrierefreiheit erreicht ist. In Deutschland ist das Konzept der „angemessenen Vorkehrungen“ bisher weitgehend unbekannt, muss aber im Rahmen der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention zwingend beachtet werden.<sup>10</sup>

Im Bereich der Gesundheit könnten die „angemessenen Vorkehrungen“ an unterschiedlichen Stellen zum Tragen kommen und den Rechten des einzelnen Menschen mit Behinderung zum Durchbruch zu verhelfen. Ein Anwendungsbereich könnte die Hilfsmittelversorgung darstellen. Durch angemessene Vorkehrungen beim Prozess der Hilfsmittelversorgung sollte den individuellen Bedarfen Rechnung getragen und so dafür gesorgt werden, dass ein zweckmäßiges und erforderliches Hilfsmittel zur Verfügung steht. Angemessene Vorkehrungen könnten auch eine persönliche Assistenz oder Unterstützung umfassen, z.B. bei der Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten sowie anderen im Gesundheitswesen tätigen Personen. Auch der Einsatz weiterer technologischer Unterstützungsinstrumente im Sinne von assistiven Technologien (Ambient Assisted Living / AAL) könnte der individuellen Barrierefreiheit von Menschen mit Behinderung dienen. Durch angemessene Vorkehrungen würden sich damit einige Barrieren beseitigen lassen, die Menschen mit Behinderung derzeit an der Inanspruchnahme von notwendigen Gesundheitsleistungen (be-)hindern.

Von den Vorgaben der Konvention abgeleitet, lassen sich unterschiedliche Zuständigkeits Ebenen innerhalb der regionalen Gesundheitsversorgung identifizieren. Politik, Selbstverwaltung und diakonische Einrichtungen und Dienste stehen in der Pflicht respektive Verantwortung, die identifizierten Dimensionen der Versorgung auszugestalten und die notwendigen gesundheitlichen Angebote vorzuhalten.

<sup>10</sup> Vgl. „Stellungnahme der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention zur Stellung der UN-Behindertenrechtskonvention innerhalb der deutschen Rechtsordnung und ihre Bedeutung für behördliche Verfahren und deren gerichtliche Überprüfung, insbesondere ihre Anforderungen im Bereich des Rechts auf inklusive Bildung nach Art. 24 UN-Behindertenrechtskonvention“, 2010.

## 4. Fazit und Ausblick

Entgegen häufig anders lautenden Äußerungen seitens der im Gesundheitswesen verantwortlichen Akteure erfüllt das derzeitige Gesundheitssystem für viele Menschen, insbesondere für Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung, nicht seinen eigenen Anspruch nach einer umfassenden Versorgung bei allen gesundheitlichen Bedarfen. Noch in deutlich geringerem Umfang erfüllt das deutsche Gesundheitssystem die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention. An vielen (vorstehend skizzierten Stellen) wird dies offenbar. Wenn nicht grundlegende Änderungen in Struktur und Inhalt vorgenommen werden, kommt Deutschland mit seinem gesundheitlichen Versorgungssystem nicht seiner Verpflichtung nach, das Menschenrecht von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung auf ein erreichbares Höchstmaß an Gesundheit zur Wirkung zu bringen. Was das Höchstmaß der Gesundheit in einem sozialen Gefüge umfassen soll, muss die Gesellschaft insgesamt entscheiden. Wie die Entscheidung ausfällt, ob Unter- und Obergrenzen festgelegt werden, kann dabei zunächst offen bleiben. Wenn die Entscheidung über Art und Umfang der gesundheitlichen Versorgung allerdings getroffen ist, muss sie für alle ihre Bürgerinnen und Bürger Geltung haben und nicht theoretisch oder faktisch bestimmte Personengruppen ausschließen oder diskriminieren. Derzeit bezieht die getroffene Entscheidung zur Definition des „Höchstmaßes an Gesundheit“ in Deutschland längst nicht alle Bürgerinnen und Bürger ein. Deshalb müssen alle notwendigen und erforderlichen Anstrengungen unternommen werden, um allen die selbstverständliche Inanspruchnahme der erforderlichen Leistungen zu gewährleisten und tatsächlich zu ermöglichen. Welche Änderungen dafür notwendig sind, wurde unter Kapitel 4 bereits ausgeführt.

Der BeB fordert auch seine Mitglieder, diakonische Einrichtungen und Dienste auf, sich an den Überlegungen zur zukünftigen Ausgestaltung des gesundheitlichen Versorgungssystem zu beteiligen und ihr Wissen und ihr Engagement für Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung auch durch die Vorhaltung von eigenen gesundheitsbezogenen Angeboten einzubringen, v. a. dann, wenn keine echten Alternativen im bestehenden Gesundheitssystem vorhanden sind. Sie haben in der Vergangenheit bewiesen, dass sie Lösungen finden und Lücken schließen können.

Eine adäquate gesundheitliche Versorgung ist unabdingbare Voraussetzung für die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft jeder einzelnen Bürgerin und jedes einzelnen Bürgers mit Behinderung oder psychischer Erkrankung. Die Behindertenrechtskonvention ist dabei für alle verantwortlichen Akteure und damit auch für diakonische Einrichtungen und Dienste handlungsleitend.