

**BTHG und
Gesundheitssorge**
Weitere Klärungen nötig
S.3

Medienangebote
Barrierefreiheit
eingefordert
S.7

CBP-Info

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V.



**Gesundheit
& Pflege**
Schwerpunkt ab
S. 9

Liebe Leserinnen und Leser, lang vertraute Begriffe werden fragwürdig: Gesundheit? Klar, höchstes Gut, Hauptsache gesund! Schnell mischt sich der Begriff „Fitness“ dazu, Wellness-Angebote fürs Wochenende eingeschlossen. Gesund sein hat Konjunktur, wird zur Ersatzreligion: vegan vs. vegetarisch. In der Wirtschaft gehen Expert(inn)en von kurzen und langen Zyklen aus (Kondratjew-Zyklus). Das Auf und Ab der Wirtschaft folgt nicht nur konjunkturellen, sondern auch kulturellen Einflüssen. Die nächsten 20 Jahre könnten also von „Gesundheitskompetenz“ geprägt sein. Nicht Digitalisierung? Doch schon, weil die Digitalisierung die Gesundheit, medizinisches Verstehen und Behandlungsmethoden verändern wird. Keine DNA-Analyse ohne Computerunterstützung. Eine optimistische Annahme: Gen-Medizin? Ja und nein. Der medi-

zinische Fortschritt wird weiter die Lebensqualität verbessern, zuerst in der westlichen Welt. Aber völlig offen bleiben die Fragen: Was ist gesund? Wozu ein langes Leben, womöglich nur mit Unterstützung verschiedener Apparate?

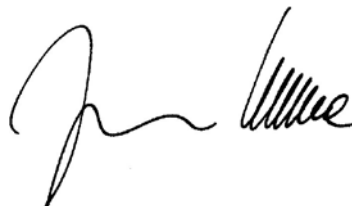
Salutogenese, ein anderes Reizwort. Es meint: Wie entsteht Gesundheit? Wieviel soziale und zwischenmenschliche Begegnung, Annahme und Verständnis gehören dazu? Und gehört zum Gesundsein auch das Krank-sein-Können, aber nicht, allein zu sein? Das Erleben von Leid und Belastung, von abnehmenden Kompetenzen trotz vorhandener Begleitung und Zuwendung? Medizin nur in Form von Pillen und Operationen – oder eben auch mit Bewusstsein für eigene Grenzen? Mit der nötigen Geduld? („Patient“ kommt vom lateinischen *patientia* = Geduld.) Schon sind wir dem Begriff „Pflege“ ganz nahe

gekommen. Es geht nicht nur um Verrichtungen und Behandlungen eines kranken oder alten Menschen. Es geht um Zuwendung, Respekt und das Zulassen des Eigensinns des Betreuten. Care-Ethik fragt nicht nur nach der selbstverständlich professionell zu leistenden Pflege. Sie fragt danach, wie sie mit dem anderen umgeht, was er oder sie genau braucht in einer bestimmten Situation. Nichts davon ist selbstverständlich. Und gut gemeint ist schnell zu viel. Fürsorge ist nötig als mitfühlende Bereitschaft, aber nicht als fremd bestimmende Übergriffigkeit. Ein anspruchsvolles Beziehungsgeschehen, es fordert alle Beteiligten zu sensiblem und personenorientiertem Umgang auf.

Die sensible Art ist gefährdet durch viele technologische und ökonomische Denkmodelle von Gesundheit und Pflege. Weil das für uns alle so wichtig ist, sind viele Akteure im Spiel. Dabei muss die menschliche Begegnung die höchste Priorität haben. Nicht alles, was möglich ist, ist auch gut und den Einzelnen zuträglich. Andererseits muss man für viele Hilfen immer noch kämpfen, weil das Individuum sich wieder an generellen Leitlinien und Leistungskatalogen orientieren soll. Und längst nicht alle Gesundheitsprobleme, die ihre Ursache und

Lösung allein im wechselseitigen Umgang von Menschen miteinander haben, können an Fachkliniken der Spitzenklasse wegdelegiert werden. Fortschritt mit ethischem Augenmaß und persönlicher Bereitschaft, sich auf Widersprüche von „Gesundheit“ und „Pflege“ einzulassen, sind wichtige Wegmarken, auch für den CBP.

Mit herzlichen Grüßen
Ihr




Jürgen Kunze

Vorstand des CBP

E-Mail: juergen.kunze@hauslindenhof.de

Inhalt

3 Recht & Politik

Schwerpunkt: Gesundheit & Pflege

- 9 Assistenz im Krankenhaus und ihre Finanzierung
- 10 Finanzierung erschwert die Krankenhausversorgung von Menschen mit Behinderung
- 11 Erfolg des Verbände-Protests: Krankenkassen tragen jetzt Gebärdensprachdolmetscher-Kosten auch bei stationärer Heilbehandlung
- 12 „Warum zum Arzt gehen, wenn einem nichts weh tut?“
- 13 Sieben Punkte zur besseren Gesundheitsversorgung
- 14 Praxis im Interview: Pflegekonzepte in der medizinischen Versorgung bei geistiger Behinderung
- 16 Praxis: Chancen und Risiken beim Aufbau eines MZEB
- 17 Praxis: Krisendienst des CV Darmstadt für psychisch kranke Menschen
- 18 „Stumme Schreie“: Pflegebedürftigen gehörlosen Menschen droht vielfache Isolation

20 Menschen im Verband

21 Infos und Termine

22 Medientipps

24 Nachgedacht

24 Impressum

Bundesteilhabegesetz und Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung

Damit Menschen mit geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung ihr Recht auf gesundheitliche Teilhabe einlösen können, bedarf es neben Befähigung und Unterstützung auch einer Nachschärfung des BTHG beziehungsweise der Klärung von Schnittstellenproblemen.

Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen sind häufig aufgrund von akuten oder chronischen Krankheiten auf eine verlässliche medizinische und pflegerische Versorgung im Alltag angewiesen. Der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung ist ein wichtiger Bestandteil der Lebensqualität der Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen im Alltag. Die Artikel 25 und 26 der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen¹ (UN-BRK) garantieren allen Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen die Gesundheitsversorgung in derselben Qualität und auf demselben Standard wie für andere Menschen sowie auch gesundheitliche Leistungen, die von Menschen mit Behinderung speziell wegen ihrer Beeinträchtigungen benötigt werden. Diesen menschenrechtlichen Anforderungen wird das gesundheitliche System aufgrund der mangelnden inklusiven gesundheitlichen Versorgung und Rehabilitation bisher nicht gerecht².

In diesem Beitrag konzentriert sich der Blick ausschließlich auf die Regelungen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) und nicht auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

1. Verortung der Gesundheitsversorgung im Bundesteilhabegesetz

Im Gesetzgebungsverfahren zum BTHG standen die Aspekte der Leistungen zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung im Mittelpunkt der Beratungen, um der Gefahr vorzubeugen, dass dieser wichtige Leistungskomplex außer Acht bleibt und ausschließlich auf die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung über die medizinische Rehabilitation beschränkt wird.³ Schließlich wurden die Leistungen zur Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen als Bestandteil der Leistungen zur Sozialen Teilhabe in § 78 SGB IX gesetzlich festgelegt. Aufgrund der menschenrechtlichen Dimension der gesundheitsbezogenen Leistungen sind die Erwartungen der Menschen mit Behinderung an die Umsetzung des BTHG⁴, das die Leistungen ausdrücklich bestimmt,

groß, zumal durch das BTHG die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention und die Verbesserung der Lebenslagen der Menschen mit Behinderung programmatisch verankert wurden.⁵

2. Begriff der Gesundheitsversorgung im Kontext der Teilhabe

Für die Phase der Umsetzung des BTHG ist entscheidend, zunächst die eingliederungshilfespezifische Perspektive der Gesundheitsversorgung in der Bewilligungspraxis der zuständigen Leistungsträger und bei der Leistungserbringung zu konkretisieren sowie die Definition der Gesundheitsversorgung im Kontext der Teilhabe festzulegen. Der Begriff der Gesundheitsversorgung wird unterschiedlich definiert.

Im Rahmen der zivilrechtlichen Betreuung können die Aufgaben der Gesundheitsversorgung⁶ den Betreuenden gerichtlich zugewiesen werden. Die rechtliche Betreuung ist verantwortlich für die gesundheitlichen Belange des betreuten Menschen. Diese Verpflichtung bezieht sich auf die Sicherstellung dieser Leistungen zugunsten der Betreuten, nicht auf die Erbringung dieser Leistungen. Die Betreuung hat beispielsweise für den Krankenversicherungsschutz der Betreuten zu sorgen oder der ärztlichen Behandlung zuzustimmen. Das Betreuungsrecht benennt den Aufgabenkreis der Gesundheitsversorgung, allerdings ohne die Leistungen der Gesundheitsversorgung zu definieren.

Auf individueller Ebene ist die Gesundheitsversorgung die Kompetenz einer Person, sich aus eigener Motivation, aus eigener Initiative und in eigener Verantwortung um Erhaltung und Förderung ihrer Gesundheit zu kümmern oder nach besten Kräften an der Wiederherstellung derselben nach Krankheit oder Unfall mitzuwirken.⁷ In diesem Kontext wird von allen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung erwartet, dass sie das Auftreten von Beschwerden oder Krankheiten erkennen und diese untersuchen und behandeln lassen, für ihre Gesundheit sorgen und Krankheiten vorbeugen. Diese Fähigkeit wird als die Eigenverantwortung in § 1 SGB V erfasst. Unter dieser Voraussetzung beschränkt sich das Leistungssystem der gesetzlichen

Krankenversicherung grundsätzlich auf die Vorbeugung, Behandlung und Milderung von Krankheiten und die Verbesserung des Gesundheitszustandes im Sinne des § 1 SGB V. Der Leistungskatalog des SGB V ist aus diesem Grund auf bestimmte Leistungen wie zum Beispiel der haus- und der fachärztlichen Versorgung, der Hilfs- und Heilmittelversorgung, der medizinischen Behandlung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen nach SGB V beschränkt.

Um die Leistungen zur gesundheitlichen Versorgung in Anspruch nehmen zu können, benötigen viele Menschen mit Behinderung weitergehende Assistenz, wenn sie keine adäquate Unterstützung in ihrem sozialen Umfeld zum Beispiel durch die Angehörigen finden. Die umfassenden Unterstützungsleistungen im Vorfeld der Inanspruchnahme von Leistungen werden grundsätzlich im System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erbracht. Diese beschränkt sich auf die eigentlichen Leistungen, zum Beispiel die medizinische Behandlung, und nicht auf die vorhergehende Unterstützung wie die Koordination und Organisation von Arztterminen.

Menschen mit geistiger Behinderung gehören zu dem Personenkreis, der häufig in besonderem Maß zeitweilig oder langfristig umfassende Unterstützung in unterschiedlicher Form benötigt. Häufig treten bei Menschen mit geistiger Behinderung neben den „üblichen“ Alltagskrankungen weitere chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen auf. Das Leben vieler Menschen mit Behinderung ist von der Bewältigung komplexer Krankheitsbilder im Alltag gekennzeichnet. Aus diesem Grunde ist die volle und wirksame gleichberechtigte Teilhabe an der gesundheitlichen Versorgung von besonderer Bedeutung bei der Verwirklichung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gemäß § 1 SGB IX.

Gleichzeitig ist das gesundheitliche System in Deutschland nur bedingt zugänglich für Menschen mit geistiger Behinderung. Es fehlen barrierefreie Heilmittel, es gibt Beschränkungen bei der Bewilligung individuell geeigneter Hilfsmittel und Kommunikationsbarrieren bei der Koordination von Terminen und der medizinischen Behandlung. Menschen mit geistiger Behinderung benötigen im Alltag häufig individuelle Unterstützung bei Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung, zum Beispiel durch die barrierefreie Information über Möglichkeiten der ärztlichen Behandlung, Kommunikationshilfen bei der Organisation und bei der Begleitung zu Terminen, barrierefreie Beratung bei der Erkennung von Krankheitsanzeichen und Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten.

In diesem Kontext kommen die Leistungen der Gesundheitsvorsorge im Rahmen der Eingliederungshilfe in Betracht, die erst die Voraussetzung für den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung sind. Die Leistungen der Eingliederungshilfe sollen die Versicherten mit Behinderung individuell befähigen, die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. Bisher wurden die Unterstützungsleistungen im Alltag zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und zur Bewältigung und Milderung von Krankheiten durch die Sozialhilfe im Rahmen des § 53 SGB XII vollständig gedeckt

und gehörten zum Bestandteil der komplexen Leistungen in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

Die Abgrenzung zwischen den Leistungen aus dem System der gesetzlichen Krankenversicherung und der Eingliederungshilfe führt bereits seit Jahren zu Schnittstellenschwierigkeiten. Die gesetzliche Krankenversicherung beruft sich auf den eigenen limitierten Leistungskatalog und hat häufig die Zuständigkeit für die gesundheitsbezogenen Leistungen für Menschen mit geistiger Behinderung abgelehnt. Einerseits sind die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung limitiert und beinhalten keine heilpädagogischen Elemente, die zur Sicherung der nachhaltigen Verbesserung des Gesundheitszustandes bei Menschen mit Behinderung geeignet sind. Andererseits lehnen die Träger der Sozialhilfe zunehmend die gesundheitsbezogenen Leistungen mit dem Verweis auf die gesetzliche Krankenversicherung ab. Für die Bewältigung dieser Schnittstellenprobleme ist die grundlegende Kenntnis aller Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Eingliederungshilfe erforderlich und deren Abgrenzungsproblematik, die durch eine Vielzahl von Entscheidungen in der Rechtsprechung geprägt ist. Diese Verwaltungspraxis stellt eine zusätzliche Barriere für Menschen mit Behinderung bei der Teilhabe an der gesundheitlichen Versorgung dar. Häufig befinden sich Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Angehörigen in der Zwickmühle der Zuständigkeiten und der Schnittstellenproblematik zwischen beiden Leistungssystemen.

3. Rechtsgrundlagen für die Gesundheitsvorsorge im Bundesteilhabegesetz

Mit der Verabschiedung des BTHG wurden die Leistungen zur Gesundheitsvorsorge als Teilhabeleistungen im System der neuen Eingliederungshilfe neu geregelt. Die Teilhabeleistungen sind in § 4 SGB IX definiert und umfassen unter anderem die notwendigen Sozialleistungen, um – unabhängig von der Ursache der Behinderung – die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.⁸

Die Leistungen zur Teilhabe sind in bestimmte Leistungsgruppen aufgeteilt, unter anderem in Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 5 Nr. 1 SGB IX) und in Leistungen zur Sozialen Teilhabe (§ 5 Nr. 5 SGB IX). Bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 42 ff SGB IX handelt es sich um Leistungen der kurativen Behandlung und Rehabilitation, die in SGB V geregelt sind. Sonstige gesundheitsbezogene Leistungen, die nicht unmittelbar zur kurativen Medizin gehören, aber für die Förderung der Teilhabe und für das Alltagsleben für Menschen mit Behinderung notwendig und zweckmäßig sind, werden als Leistungen zur Sozialen Teilhabe erfasst, die in § 78 SGB IX geregelt sind. Gesundheitsbezogene Leistungen werden als Teilhabeleistungen in § 78 SGB IX ausdrücklich wie folgt erfasst:

„(1) Zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltages [...] werden Leistungen zur Assistenz erbracht. Diese umfas-

sen insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltages wie die Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten sowie die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen. Sie beinhalten die Verständigung mit der Umwelt in diesen Bereichen.“

Die gesundheitsbezogenen Leistungen sind Assistenzleistungen und sollen die Ziele der Eingliederungshilfe verfolgen, die in § 90 SGB IX festgelegt sind. Besondere Aufgabe der Leistungen zur Sozialen Teilhabe ist es nach § 90 Abs. 5 SGB IX, die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern. Es geht also vorrangig um die gleichberechtigte Teilhabe an der gesundheitlichen Versorgung und um die hierzu benötigte individuelle Assistenz für Menschen mit geistiger Behinderung.

Zur Abgrenzung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach SGB V ist es wichtig festzustellen, dass es sich bei gesundheitsbezogenen Leistungen um „medizinnahe“ Leistungen der Eingliederungshilfe handelt, die im Rahmen der Teilhabeförderung erfolgen. Dazu gehören:

- ♦ Leistungen im Alltag, die unmittelbar der Gesundheit oder Bewältigung von Krankheit dienen: Deuten von Krankheitsanzeichen, Messen der Körpertemperatur, Deuten von Schmerzen;
- ♦ Information und Beratung zu Gesundheits- und Krankheitsfragen;
- ♦ Anleitung und Befähigung im Umgang mit Gesundheit und Krankheit;
- ♦ Begleitung während Krankheitsphasen;
- ♦ Unterstützung bei der Erkennung des Bedarfs an medizinischen Leistungen;
- ♦ Leistungen, die die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Gesundheitssystem ermöglichen: Organisation von Arztterminen oder bei Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen, Vorbereitung auf Arztbesuche und Begleitung, Beförderung;
- ♦ Nachsorgende Leistungen zur Sicherung des Erfolgs ärztlicher Behandlung: Befolgen von ärztlichen Weisungen und Verordnungen;
- ♦ Gesundheitsförderung im Alltag: Bewegung und Gymnastik, Ernährungsberatung;
- ♦ Befähigende Unterstützung bei Übernahme der Verantwortung für die gesundheitsorientierte Lebensgestaltung.

Um die Schnittstellenproblematik zu bewältigen, ist es sehr sinnvoll, diese Leistungen bei der Bedarfsermittlung mit den zuständigen Leistungsträgern und für sie bindend festlegen zu lassen.

4. Verfahrensrechtliche Verortung von Leistungen zur Gesundheitsorge

Die Bewilligung der Assistenzleistungen in Bezug auf die Gesundheit muss im neuen Teilhaberecht individuell im Rahmen des Bedarfsermittlungsverfahrens nach §§ 13 ff. SGB IX beziehungsweise §§ 117

SGB IX erfolgen, das neu durch das BTHG eingeführt wurde. Die neuen Regelungen zur Bedarfsermittlung gelten für alle Rehabilitationsträger, das heißt auch für die Krankenversicherung und die Träger der Eingliederungshilfe seit 1. Januar 2018.⁹ Hierzu hat die Bundesarbeitsgemeinschaft der Rehabilitation Gemeinsame Empfehlungen veröffentlicht.¹⁰

Der/die Leistungsberechtigte soll im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens beziehungsweise Gesamtplanverfahrens die Möglichkeit erhalten, über die konkrete Gestaltung der gesundheitsbezogenen Leistungen hinsichtlich der Art, des Ablaufs und des Zeitraums der Inanspruchnahme zu entscheiden und diese Wünsche zur Grundlage des Teilhabeplans oder Gesamtplans festlegen zu lassen. Der individuelle Bedarf ist bei der Bedarfsermittlung umfassend vom zuständigen Rehabilitationsträger (meistens der Träger der Eingliederungshilfe, bei dem der Antrag gestellt wird) zu ermitteln und verbindlich im Teilhabeplan oder Gesamtplan festzustellen, welche gesundheitsbezogene Leistungen einschließlich der Leistungen anderer Sozialleistungsträger (zum Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Pflegeversicherung) notwendig sind. Dieser verfahrensrechtliche Aspekt ist ein gesetzliches Novum, das sich zum Vorteil der Menschen mit geistiger Behinderung auswirken kann.

Im Sinne des BTHG ist die verfahrensrechtliche Festlegung der gesundheitsbezogenen Leistungen im Teilhabeplan oder Gesamtplan erforderlich. In der neuen Eingliederungshilfe dürfen die Leistungen nur dann erbracht werden, wenn sie im Sinne der Ziele der Eingliederungshilfe notwendig sind und wenn diese Leistungen nach Art und Umfang ausdrücklich im Teilhabeplan oder Gesamtplan festgelegt sind.

Im Vergleich zum bisherigen System der Eingliederungshilfe besteht die rechtliche Veränderung darin, dass die gesundheitsbezogenen Leistungen kein immanenter Teil einer Komplexleistung der Eingliederungshilfe zum Beispiel in stationären Einrichtungen sind, sondern spezifiziert, individualisiert und verfahrensrechtlich vom Leistungsträger festgelegt sein müssen, wenn sie vom Antragsteller verlangt werden. Der/die Leistungsberechtigte soll im Mittelpunkt des Bedarfsermittlungsverfahrens stehen und über die Leistungen entscheiden.

5. Herausforderungen bei der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes

Die rechtlichen Grundlagen für die Verortung von gesundheitsbezogenen Leistungen in der neuen Eingliederungshilfe können erst durch die Umsetzung der neuen Verfahrensformen einschließlich der Anwendung von neuen Instrumenten ihre Wirkungen – hoffentlich positive Auswirkungen auf die individuelle Bedarfsdeckung von Menschen mit geistiger Behinderung – entfalten.

Gegenwärtig ist es wichtig, dass in neuen Instrumenten zur Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX und § 118 SGB IX, die länder-

spezifisch und trägerspezifisch nach dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF entwickelt werden, der Lebensbereich der Gesundheits-sorge detailliert erfasst wird. In der ICF-Systematik handelt es sich um den Lebensbereich der Selbstversorgung, auf den sich gesundheitsbezogene Leistungen beziehen. Es geht um die umfassende Assistenz bei Aktivitäten und der Teilhabe im Lebensbereich der Selbstversorgung. Die Gesundheits-sorge muss aufgrund der Internationalen Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) in vollem Umfang in Instrumenten abgebildet werden. Gleichzeitig sind Menschen mit Behinderung zu befähigen, ihre Rechte im Verfahren zu verfolgen und auf Festlegung der notwendigen Leistungen zu bestehen. Für die Abstimmung von geeigneten Leistungen und die Unterstützung der Menschen mit Behinderung ist die verbindliche Einbeziehung der Leistungserbringer erforderlich.

Die Einbeziehung der Leistungserbringer im Teilhabeplanverfahren ist in § 20 Abs. 3 SGB IX geregelt und in den geltenden Gemeinsamen Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) für alle Rehabilitationsträger¹¹ beschrieben. Nach dem Gesetzeswortlaut kann auf Wunsch oder mit Zustimmung des/der Leistungsberechtigten der Leistungserbringer an der Teilhabeplankonferenz teilnehmen. In das Gesamtplanverfahren hingegen wird er nicht ausdrücklich einbezogen. Aus materiellen Gründen ist jedoch die Einbeziehung des Leistungserbringers erforderlich, weil auch im Gesamtplanverfahren über die Inhalte beraten wird, die Leistungen der Menschen mit Behinderung und die Pflichten des Leistungserbringers betreffen.¹²

Angesichts der Phase der Entwicklung von neuen Instrumenten zur Bedarfsermittlung und der beginnenden Umsetzung der neuen Verfahrensregeln kann die neue Praxis gegenwärtig noch nicht beurteilt werden.¹³

Für die Leistungserbringer bedeutet die neue Rechtslage den Wegfall der Komplexleistung und eine neue Herausforderung bei der Anpassung der bisherigen Teilhabe-konzepte und in der ausdrücklichen Aufnahme der gesundheitsbezogenen Leistungen in künftige Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen. Die Teilhabe-konzepte der Leistungserbringer benötigten die weitere qualitative Beschreibung der gesundheitsbezogenen Leistungen, die individuell oder in bestimmten Settings von Menschen mit Behinderung in Anspruch genommen werden können. Im Bereich der Therapieleistungen wird beispielsweise die konzeptionelle Abgrenzung der Leistungen der Krankenversicherung und der Eingliederungshilfe erforderlich sein, damit die therapeutischen Leistungen auch außerhalb des beschränkten Leistungspakets der gesetzlichen Krankenversicherung künftig von Trägern der Eingliederungshilfe bewilligt werden. Es geht um therapeutische Leistungen als befähigende Leistungen zur Verbesserung der Körperfunktionen (zum Beispiel Physiotherapie, Ergotherapie) in einem Umfang, der die selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördert und ermöglicht.

Für Menschen mit geistiger Behinderung kann das Gesetz durch neue Verfahrensregelungen eine Herausforderung sein, aber auch Verbesserungen nach sich ziehen, wenn sie konsequent – gegebenenfalls gerichtlich – ihre Rechte verfolgen. Hierzu benötigen Menschen mit Behinderung ebenfalls befähigende Unterstützung.

Die Veränderung der Rechtsstellung der Menschen mit Behinderung im Verfahren, die Einführung eines Verfahrens zur Ermittlung des individuellen Bedarfs, die gesetzliche Festlegung der Teilhabeleistungen und ihrer Ziele werden sich im Prozess der Umsetzung des BTHG zeigen. Es wird sich klären, ob tatsächlich die Stärkung der Position der Menschen mit Behinderung und die Verbesserung beim Zugang zur gesundheitlichen Versorgung eintreten können.

Eine Verbesserung der Teilhabe-chancen bei der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Schwerst- und Mehrfachbehinderung, die in Einrichtungen leben, wird es nur geben, wenn sie erforderliche befähigende Leistungen sowohl aus ihrem sozialen Umfeld als auch durch geeignete Fachkräfte erhalten. Die „Gewinner“ des BTHG werden Menschen mit geistiger Behinderung sein, die konsequent ihre Rechte auf gesundheitsbezogene Leistungen im Bedarfsermittlungsverfahren und gegebenenfalls gerichtlich verfolgen.

Die neuen Leistungen zur Gesundheits-sorge bieten Chancen und Risiken für Träger von Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe. Das BTHG schafft für das Bundesgebiet eine neue Rechtsgrundlage, die in vielen und wesentlichen Inhalten noch auf Länderebene konkretisiert werden muss. Bisher verzögert sich die Umsetzung des BTHG erheblich.¹⁴ Das Ergebnis dieser konzeptionellen und verwaltungstechnischen Konkretisierung wird entscheidend für die Qualität und die Implementierung und die Akzeptanz der neuen gesundheitsbezogenen Leistungen in der Eingliederungshilfe sein. Letztendlich wird die Qualität der Leistungen, die Zufriedenheit der Menschen mit geistiger Behinderung, die Nachhaltigkeit der Angebote, aber auch die Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen entscheiden. Das Ziel dieser Leistungen muss weiterhin die individuelle Bedarfsdeckung sein.

6. Weiterentwicklungsbedarf

Die Ausgestaltung des Gesundheitssystems in Deutschland muss weiterentwickelt werden, damit die individuelle und häufig lebenslange gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung gewährleistet werden kann. Die Voraussetzung für die gesundheitliche Versorgung ist die Barrierefreiheit von medizinischen Leistungen und Einrichtungen und die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung mit Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln im Alltag. Die gesundheitliche Versorgung erfolgt im Alltag als Kombination von vielen Leistungen, zum Beispiel durch die Ärzte im Rahmen der Leistungen nach SGB V, Pflegedienste nach SGB V, der Einrichtungen und Dienste in der Eingliederungshilfe nach SGB IX. Wenn alle Akteure in einem Verfahren bei der Bedarfsermittlung sich auf die Gewährung von passenden Leistungen einigen, würde das die medi-

zinische Versorgung von Menschen mit Behinderung verbessern. Wenn das BTHG die Schnittstellenproblematik durch die individuelle Feststellung von Leistungen im Einzelfall reduziert, dann wird das gesamte Gesundheitssystem vielleicht auch ein Stückchen „gesünder“.

jb

Anmerkungen

1. Download der UN-BRK unter: www.institut-fuer-menschenrechte.de/monitoring-stelle-un-brk/un-behindertenrechtskonvention/
2. Vgl. Forsea-Studie 2007 in: H. Budroni, „Ich muss ins Krankenhaus, was nun?“, Qualitative und quantitative Untersuchung behinderter Menschen und Pflegepersonen, 2007, Download: www.forsea.de/Forsea_Dateien/projekte/Krankenhaus/Dokumentation_Ich_muss_ins_Krankenhaus.pdf
3. Argumentationshilfe der Fachverbände für Menschen mit Behinderung zu gesundheitsbezogenen Aspekten im Bundesteilhabegesetz vom 17.11.2016 unter: www.diefachverbaende.de/stellungnahmen/
4. BTHG – vollständige Bezeichnung: Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung; veröffentlicht in: BGBl. 2016 Teil 1 Nr. 66 vom 29.12.2016; Download: www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a766-das-neue-bundesteilhabegesetz.html
5. BTHG, S. 2; Bundestags-Drucksache 19/6929
6. §§ 1896, 1901 BGB ff.; vgl. www.betreuungsrecht.de/aufgabenkreise-des-betreuers/gesundheitsorge.html
7. Argumentationshilfe der Fachverbände für Menschen mit Behinderung, a.a.O., 17.11.2016, S. 1;
8. § 4 SGB IX unter: www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/4.html
9. Für die Träger der Sozialhilfe/Eingliederungshilfe gelten die Regelungen zum neuen Gesamtplan ab dem 1.1.2018 als §§ 141 SGB XII und werden zum 1.1.2020 inhaltsgleich ins SGB IX überführt und zwar als §§ 117 ff. SGB IX.
10. BAR – Gemeinsame Empfehlungen zum Reha-Prozess 14.2.2019 www.bar-frankfurt.de/service/publikationen/produktdetails/produkt/91.html
11. Ebd.
12. CBP-Stellungnahme zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Änderung des Neunten und des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Rechtsvorschriften vom 21.3.2019 www.cbp.caritas.de/der-verband/stellungnahmen/stellungnahmen-liste.aspx
13. Die Übersicht über die Instrumente der Bedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe auf der Projektseite des Deutschen Vereins zur Umsetzung des BTHG unter: <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/> (für die Träger der Rehabilitation unter: www.bar-frankfurt.de/themen/bundesteilhabegesetz.html).
14. Ebd.

Behindertenbeauftragte fordern: Barrierefreiheit in Medienangeboten muss fest verankert werden

Mit einer gemeinsamen Erklärung wenden sich die Beauftragten für die Belange von Menschen mit Behinderungen an die Länderregierungen und -parlamente. Dabei geht es um den von den Regierungschefinnen und Regierungschefs im Dezember 2019 beschlossenen Medienstaatsvertrag. Die Beauftragten kritisieren, dass er nach wie vor große Lücken bei der Barrierefreiheit von Medienangeboten aufweist. Besonders bei den privaten Anbietern gibt es einen enormen Handlungsbedarf.

„Menschen mit Behinderungen haben ein Recht auf umfassende Information und mediale Teilhabe. Es geht nicht nur um barrierefreie Nachrichten, sondern auch darum, dass sie selbstverständlich im Büro oder mit Freunden mitreden wollen, wenn es zum Beispiel um die neuesten Serien geht. Wir brauchen deswegen eine ganz klare Verpflichtung privater Anbieter“, so Jürgen Dusel, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen.

Die Beauftragten aus Bund und Ländern fordern deshalb unter anderem:

- ♦ Eine stärkere Verpflichtung zum Ausbau barrierefreier Angebote der Rundfunkanstalten und Telemedienanbieter.
- ♦ Die Erarbeitung von Aktionsplänen mit verbindlichen Zielen und Fristen für die Umsetzung barrierefreier Angebote der privaten und öffentlichen Rundfunkanstalten sowie der Mediendienste unter Beteiligung der Verbände der Menschen mit Behinderungen.
- ♦ Eine Regelung zur Einrichtung einer einzigen leicht zugänglichen und Online-Anlaufstelle für Beschwerden zur Barrierefreiheit. Die Beauftragten schlagen vor, diese Stelle bei der Schlichtungsstelle BGG (Schlichtungsstelle nach § 16 des Gesetzes zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen) einzurichten und mit zusätzlichen Ressourcen auszustatten. Auch ein anschließendes Schlichtungsverfahren ist verbindlich zu regeln.
- ♦ Die Sicherstellung von barrierefreien Notfallinformationen in audiovisuellen Medien.

Die gemeinsame Erklärung ist auf der Seite des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen einzusehen (Kurzlink: <https://bit.ly/38VAALp>).

kt

Notfallversorgung muss Belange von Menschen mit Behinderung berücksichtigen

Der CBP hat eine Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung abgegeben. Die Reform soll die Notaufnahmen an Krankenhäusern von solchen Patient(inn)en entlasten, die keine Notfälle darstellen. Dem CBP ist es ein Anliegen, dass bei der Notfallversorgung die Belange von Menschen mit Behinderung berücksichtigt werden, damit für sie der gleichberechtigte Zugang zum Gesundheitssystem gewährleistet ist. Hierfür müssen insbesondere die Angebote barrierefrei ausgestaltet werden. Das ist

bislang oftmals nicht der Fall, zum Beispiel finden sich auf der offiziellen Website zu der Rufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (www.116117.de) keine Informationen in Leichter Sprache oder in Gebärdensprache. Weiterhin sollte bei einem Notruf beziehungsweise der ersten Notfallversorgung nach kognitiven Beeinträchtigungen gefragt werden, damit die Patient(inn)en gegebenenfalls an die fachlich entsprechend aufgestellten Versorgungssysteme verwiesen werden können. **ts**

Parallelberichterstattung zum UN-Staatenbericht

Der Parallelbericht der Zivilgesellschaft zur 2. Staatenprüfung Deutschlands zur Umsetzung der UN-BRK wird den Themenfeldern Gesundheit, medizinische und soziale Rehabilitation und Pflege gemäß den Artikeln 25 und 26 der UN-BRK ein Kapitel widmen. Die beteiligten Organisationen, zu denen auch der CBP gehört, erstellen zurzeit eine erste Themensammlung. Diese umfasst unter anderem die Bereiche behindertengerechte Ausgestaltung einer Arztpraxis, medizinische Versorgung im ländlichen Raum und Kritik an § 43a SGB XI. Dieser

besagt, dass Pflegekassen für pflegebedürftige Menschen in besonderen Wohnformen nur 266 Euro zahlen müssen und den Pflegebedürftigen weiter ambulante Leistungen der Pflegekasse nicht zustehen. Das gilt auch, wenn sie alle Voraussetzungen eines Anspruchs auf Pflegeleistungen erfüllen. Ein weiterer Punkt der Themensammlung ist die Darstellung des unklaren Verhältnisses zwischen der ambulanten Pflege und ambulanten Eingliederungshilfe nach § 13 Abs. 4 SGB IX. Der Parallelbericht soll bis Ende des Jahres fertig gestellt werden. **ts**

Gesetz zur Reform der ambulanten Intensivpflege (IPReG)

In seiner mittlerweile dritten Fassung wurde der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV IPReG) am 14. Februar 2020 vom Bundeskabinett beschlossen. Kern des Gesetzes ist die Beschränkung des Wunsch- und Wahlrechts für Menschen „mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege“. Der Gesetzentwurf zielt insbesondere auf maschinell beatmete Patient(inn)en ab und schreibt für diese erstmals eine regelmäßige Prüfung des Beatmungsstatus vor. Der Anspruch auf Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) soll für diese Menschen durch einen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege ersetzt werden. Die Leistung soll nur dann am selbstgewählten Ort erbracht werden können, wenn dort die medizinische und pflegerische Versorgung dauerhaft sichergestellt werden kann. Ob dies der Fall ist, soll der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) mindestens einmal jährlich überprüfen und dazu auch die Wohnung der Versicherten betreten dürfen. Die ursprünglich vorgesehene Prüfung, ob der Wunsch des Patienten

oder der Patientin nach häuslicher Versorgung „angemessen“ ist, fehlt in der Neufassung des Entwurfs. Dieser Passus hatte zu teils massiven Protesten der Betroffenen geführt.

Auch die neue Regelung stößt auf Kritik. So soll die jährliche Überprüfung im Zuhause der Betroffenen mit der Möglichkeit verknüpft werden, die Leistung an diesem Ort gänzlich zu versagen, wenn die Versicherten dem MDK den Zutritt zur eigenen Wohnung verweigern. Von diesem Zutrittsrecht werden aber typischerweise auch die Grundrechte anderer Personen berührt. Insofern ist die übergangslose Beendigung der ambulanten Intensivpflege nur aufgrund einer solchen Weigerung unangemessen. Angesichts des viel beklagten Personalmangels in der stationären Pflege scheint mit dem neuen Gesetz weniger eine bessere als vielmehr eine in erster Linie wirtschaftlichere Versorgung der Patient(inn)en geplant zu sein. Der CBP wird weiterhin versuchen, auf das laufende Gesetzgebungsverfahren Einfluss zu nehmen.

Annett Löwe

Referentin in der CBP-Geschäftsstelle,
Kontakt: annett.loewe@caritas.de

Assistenz im Krankenhaus und ihre Finanzierung

Wie sich die Versorgung von Menschen mit Behinderung im Krankenhaus verbessern lässt, diskutierte eine Tagung der Fachverbände mit Expert(inn)en aus Medizin, Pflege und Politik.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung haben am 28. Januar 2020 unter dem Titel „Soziale Assistenz, gute Pflege und ärztliche Versorgung für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung im Krankenhaus – Situation und Perspektive“ einen Fachtag in Kassel veranstaltet. Diese Fachtagung wurde vom CBP organisiert und schloss inhaltlich an ein Symposium der Fachverbände im Februar 2010 an. Die Ärztin Maria del Pilar Andrino, Leiterin des Arbeitskreises Gesundheitspolitik der Fachverbände, moderierte die Veranstaltung.

Michael Seidel, vormals Ärztlicher Direktor des Stiftungsbereichs Bethel.regional, führte zunächst ins Thema ein und zeigte auf, dass sich die Problematik seit 2010 noch verstärkt habe. Es sei dringend notwendig, den im Zusammenhang mit der Behandlung von Menschen mit Behinderung im Krankenhaus entstehenden Mehraufwand genau zu identifizieren und eine Finanzierung sowohl über die Krankenkassen als auch die Eingliederungshilfe zu fordern.

Jürgen Dusel, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, stellte Teilhabe und Inklusion als wesentliche Elemente der Demokratie dar. Er bezog sich auf Art. 25 UN-BRK zum Recht behinderter Menschen auf das Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund ihrer Behinderung. Es sei Aufgabe des Staates, über dieses Recht und die Möglichkeiten zu seiner Durchsetzung zu informieren. Er sagte den Teilnehmer(inne)n seine weitere Unterstützung bei dem Versuch zu, die Versorgung von Menschen mit Behinderung im Krankenhaus zu verbessern.

Die Vorträge von Peter Martin vom Diakonie Epilepsiezentrum Kork, der an der Medizinischen Fakultät der Universität Freiburg „Medizin für Menschen mit geistiger Behinderung“ lehrt, und Doris Tacke, die die Professur Pflegewissenschaft an der Fachhochschule der Diakonie Bielefeld innehat, gaben ein sehr eindrucksvolles Bild davon, auf welche Weise das Wissen um Teilhabeeinschränkungen insbesondere bei Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung beziehungsweise kognitiven Einschränkungen und die Installation entsprechender Expertise im Klinikablauf den Behandlungserfolg verbessern kann.

Christoph Radbruch, Vorsitzender des Deutschen evangelischen Krankenhausverbandes (DEKV), und Katja Rosenthal-Schleicher, Evangelisches Klinikum Bethel, stellten verschiedene Finanzierungs-

möglichkeiten des behinderungsbedingten Mehraufwandes außerhalb der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) dar, die leider viel zu selten durch die Kliniken genutzt werden (s. auch Christoph Radbruchs Beitrag auf S. 10 ff.). Die Bemühungen des Fachkrankenhauses Mara in Bielefeld um den Abschluss eines Qualitätsvertrages gem. § 110 a SGB V machten allerdings auch deutlich, dass das eine sehr anspruchsvolle Aufgabe ist.

Schließlich beschrieb CBP-Geschäftsführerin Janina Bessenich das Problem, dass mit § 11 Abs. 3 SGB V die Assistenz im Krankenhaus nur für diejenigen Versicherten geregelt ist, die ohnehin Assistenzleistungen durch die Gesetzliche Krankenversicherung erhalten (Arbeitgebermodell). Dies ist aber nur ein geringer Teil derjenigen Menschen mit Behinderungen, die während eines Krankenhausaufenthalts auf zusätzliche Unterstützung angewiesen sind. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Begleitung im Krankenhaus auch als Leistung der sozialen Teilhabe im Recht der Eingliederungshilfe (§ 78 beziehungsweise § 113 SGB IX) zu verankern.

Trotz der noch vorhandenen Kontroversen im Einzelnen waren sich die Teilnehmer(innen) darüber einig, dass die adäquate Versorgung und Begleitung von Menschen mit Behinderung im Krankenhaus weiterhin politisch thematisiert werden muss. Eine Tagungsdokumentation finden Sie unter www.diefachverbaende.de **al**



Bild CBP/Annett Löwe

Behindertenbeauftragter Jürgen Dusel sagte auf dem Fachtag weitere Unterstützung zu.

Finanzierung erschwert die Krankenhausversorgung von Menschen mit Behinderung

Eine Behinderung, wenngleich oft medizinisch korrekt berücksichtigt, wird im DRG-basierten System der Krankenhausfinanzierung meist nicht abgebildet – ein neues individualvertragliches Instrument, derzeit in Erprobung, soll Abhilfe schaffen.

Die Finanzierung der stationären Krankenhausversorgung ist ein kompliziertes System mit vielen Verflechtungen und Abhängigkeiten, die selbst von Fachleuten nicht detailliert in ihrer Gesamtheit zu überschauen sind. Um die Frage nach der Finanzierung des Mehrbedarfs für die Versorgung von Menschen mit Behinderung zu beantworten, muss man daher die elementaren Muster dieses komplexen Systems verstehen.

Neben den Investitionskosten, die eigentlich von den Ländern aufzubringen wären, aber nur unzureichend refinanziert sind, werden die Versorgung und Behandlung selber nach gesetzlichen Regeln, die der Bund aufstellt, durch die Krankenkassen oder die Privatpatient(inn)en bezahlt. Grundlage für die Bezahlung der Krankenhausleistung sind sogenannte Fallpauschalen nach dem DRG-System (diagnosebezogene Fallgruppen). Diese Fallpauschalen sind aber keine „Preise“, die je nach Aufwand für eine bestimmte Leistung bezahlt werden. Sie regeln auch nicht, wieviel Geld insgesamt für die stationäre Versorgung ausgegeben wird, sondern nur, wie die dem Gesamtsystem zur Verfügung gestellte Summe verteilt wird. Grundlage für die jeweilige Fallpauschale sind die medizinischen Diagnosen, denen die mit komplizierten Algorithmen errechneten Durchschnittskosten der Krankenhäuser zugeordnet werden.

Vor allem zwei Folgen dieses Finanzierungssystems sind für die Frage der Finanzierung des Mehrbedarfs relevant:

1. Nur eine medizinische Diagnose triggert eine Zahlung – und damit ist eine Behinderung, die nicht eindeutig einer Diagnose wie Epilepsie zuzuordnen ist, schwer abzubilden.

2. Es werden die Durchschnittskosten bezahlt und damit wird jeder Fall, der Mehraufwand bedeutet, unattraktiv.

In diesem System der Krankenhausfinanzierung ist es schwierig, den vom Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention geforderten barrierefreien Zugang zu allen Gesundheitsdiensten umzusetzen, da die Länder die nötigen Investitionen nicht finanzieren können. Und die geforderte Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse in der Pflege und

therapeutischen Versorgung wird im DRG-System nicht abgebildet. Vor allem christliche Krankenhäuser engagieren sich seit jeher bei der Versorgung von Menschen mit Behinderung. Das medizinische Personal verfügt oft über vertieftes Wissen und umfangreiche Erfahrung mit behinderungstypischen Krankheitsbildern und Problemlagen dieser Gruppe. Dennoch bringt diese Patientengruppe die gewohnten Abläufe im Krankenhaus durcheinander.

Um in dieser Situation eine Verbesserung zu schaffen, wurde von der Bundespolitik für die Versorgung von „Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus“ neu das Instrument des Qualitätsvertrags eingeführt. Damit soll erprobt werden, ob sich durch finanzielle Anreize und höherwertige Qualitätsforderungen eine Verbesserung der Versorgung erreichen lässt. Die fünf Handlungsfelder für eine gute qualitative Versorgung sind:

1. Strukturiertes Aufnahmemanagement

Häufig stellt bereits die Krankenhausaufnahme von Menschen mit geistigen Behinderungen oder schweren Mehrfachbehinderung eine große Herausforderung dar. So fällt es dieser Patientengruppe oft schwer, sich an eine neue Umgebung anzupassen. Gleichzeitig ist es oft schwierig, eine richtige Schmerzdiagnostik durchzuführen und das Krankheitsbild korrekt einzuordnen. Daher muss das medizinische Personal bereits bei der Aufnahme dieser Gruppe mehr Zeit für die Betreuung haben.

2. Bezugsperson im Krankenhaus

Menschen mit geistiger Behinderung haben oft Schwierigkeiten, sich an neue Personen zu gewöhnen. Umso wichtiger ist es, dass sie während eines Krankenhausaufenthaltes eine Bezugsperson haben, die sich verstärkt um sie kümmern kann.

3. Kommunikation

Oft fällt es schwer, das Krankheitsbild von Menschen mit Behinde-

rung richtig zu diagnostizieren, einzuschätzen und zu behandeln. Daher muss unter anderem die Möglichkeit geschaffen werden, bei komplizierten Fällen Fallkonferenzen einberufen zu können. In diesen können sich mehrere Expert(inn)en über das weitere Vorgehen austauschen, damit die Patient(inn)en die bestmögliche Versorgung erhalten.

4. Strukturiertes Entlassungsmanagement

Es muss gewährleistet sein, dass die Patienteninformationen des Krankenhausaufenthaltes in die betreuende Einrichtung und zu den behandelnden Mediziner(inne)n vor Ort zurückfließen. Nur so kann eine hochwertige Weiterversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt garantiert werden. Es darf keine Lücke in der Behandlungskette entstehen.

5. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Um Menschen mit Behinderung eine optimale Versorgung zu gewährleisten, ist es nötig, dass das Krankenhauspersonal regelmäßig fachlich geschult wird. Es sollte vonseiten der Krankenhausträger verbindlich vorgegeben werden, wie und in welchem Umfang die Beschäftigten an solchen Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen müssen.

Seit dem 15. August 2018 können individuelle Qualitätsverträge zwischen den einzelnen Krankenhäusern und den Krankenkassen vereinbart werden. Doch bisher ist noch kein einziger Vertrag abgeschlossen. Grund dafür ist auch die Tatsache, dass es für das einzelne Krankenhaus schwierig ist, ein inhaltliches Konzept in die Form eines Vertrages zu übersetzen. Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband versucht deswegen zurzeit die gemeinsame Entwicklung von Verträgen durch mehrere Häuser zu koordinieren.

Für die Zukunft ist zu überlegen, ob nicht auch das Instrument der „besonderen Einrichtung“ für die Verbesserung der Versorgung genutzt werden kann. Analog zu den Palliativstationen im Krankenhaus und einzelnen Spezialkliniken für Epileptiker(innen) könnten besondere Stationen für die somatische Behandlung von geistig behinderten Menschen aus dem Fallpauschalen-System herausgenommen werden und durch Tagespauschalen pro Patient(in) vergütet werden.

Grundsätzlich schwierig bleibt die Frage, wie die Zielgruppe definiert wird. Schon bei den jetzt möglichen Qualitätsverträgen sind die Zugangskriterien eng gefasst.

Christoph Radbruch

*Deutscher Evangelischer Krankenhausverband,
Kontakt: radbruch@dekv.de*

Erfolg des Verbände-Protests: Krankenkassen tragen jetzt Gebärdensprachdolmetscher-Kosten auch bei stationärer Heilbehandlung

Seit dem 1. Januar 2020 müssen Krankenkassen jetzt auch bei stationären Heilbehandlungen die Kosten für Gebärdensprachdolmetscher(innen) übernehmen. Davor waren die Krankenhäuser für diese Kosten zuständig gewesen. Diese Änderung ergibt sich aus dem Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz), das im Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nr. 51 veröffentlicht wurde.

Vorher hatten klinische Einrichtungen versucht, sich teilweise der Übernahme dieser Kosten zu entziehen, da sie ihre tatsächlichen Aufwendungen nicht vollständig hatten ausgleichen können. Wieder andere Kliniken kannten ihre Verpflichtungen gar nicht, so dass sich gehörlose Menschen im stationären Alltag eines Krankenhauses oft nicht richtig verständlich machen konnten. Das versäumte Kommunikationsangebot gemäß den spezifischen Bedarfen dieser Zielgruppe konnte somit aufseiten der betroffenen Krankenhaus-Patient(inn)en sogar zu einem gesundheitsgefährdenden Zustand führen. Gehörlose Betroffene und Verbände haben daher jahrelang gegen das Ausbleiben des Angebots von Gebärdensprachdolmetscher-Leistungen protestiert. Im MDK-Reformgesetz heißt es in Artikel 4 „Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes“ und Artikel 6 „Ände-

rung der Bundespflegeverordnung“: „Nicht zu den Krankenhausleistungen (...) gehören (...) bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung Leistungen der Dolmetscherassistenz zum Ausgleich der behinderungsbedingten Kommunikationsbeeinträchtigungen.“ In der Praxis wird dies bedeuten, dass gehörlose Menschen nicht nur wie bisher im Rahmen ambulanter Behandlungen einen Anspruch auf Übernahme der Kosten für Gebärdensprachdolmetscherinnen / Gebärdensprachdolmetscher durch die Krankenkassen haben – ein vergleichbarer Anspruch besteht anhand der genannten Grundlage nun auch bei stationären Krankenhausbehandlungen, indem auch hier die Krankenkassen diese Kosten übernehmen müssen.

Zusätzlicher Hinweis¹: Gehörlose Krankenhaus-Patient(inn)en dürfen nicht etwa ersatzweise dazu angehalten werden, sich gegenüber dem ärztlichen oder pflegerischen Personal im Krankenhaus schriftlich zu äußern.

kobinet-nachrichten

Anmerkung

www.haufe.de/sozialwesen/sgb-office-professional/gebaerdensprachdolmetscher-kostenuebernahme_idesk_PI434_HI1938675.html

„Warum zum Arzt gehen, wenn einem nichts weh tut?“

Das Caritas Förderzentrum St. Lukas Kaiserslautern hat ein Projekt aufgesetzt, um seine Kundinnen und Kunden bei der Inanspruchnahme gesetzlicher Vorsorgeuntersuchungen zu unterstützen.

Bild Depositphotos/Jirsak



Die Prävention von Herz-/Kreislauf-Erkrankungen ist eines der möglichen Vorsorgefelder.

Gesundheitssorge in Wohneinrichtungen für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen und psychischen Erkrankungen wurde in der Vergangenheit wenig bis gar nicht beachtet. Dies verdeutlichte ein Fachvortrag im Herbst 2019 in der Zentrale des Caritasverbandes für die Diözese Speyer zum Thema Gesundheitssorge in der Eingliederungshilfe. Nach diesem Vortrag entstand bei Fachkräften, die in der Wohneinrichtung von St. Lukas arbeiten, die Idee zum Projekt, Menschen mit Beeinträchtigung bei der Inanspruchnahme gesetzlicher Vorsorgeuntersuchungen zu unterstützen.

Kundinnen und Kunden werden die Informationen in ansprechend aufbereiteter Weise zur Verfügung gestellt, sie werden umfassend beraten, nach ihrem Wunsch bei der Planung unterstützt und gegebenenfalls zu den Untersuchungen begleitet. Die Projektgruppe besteht aus Fachkräften der Wohneinrichtung. Zu Beginn des Projektes wurde der Projektgruppe bewusst, dass Menschen mit Beeinträchtigungen nicht ohne weiteres Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen können, da ihr Zugang zu Gesundheitsinformationen erschwert ist. Hinzu kommt die Erfahrung, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen den Umgang mit der eigenen Gesundheit und der Körperwahrnehmung eher vernachlässigen.

Unser Ziel war es, eine Informationsbroschüre mit allen Vorsorgeuntersuchungen in leichter Sprache zu erarbeiten. Zum besseren Verständnis haben wir uns für die Trennung von Vorsorgeuntersuchungen von Männern und Frauen entschieden und daher zwei Broschüren entwickelt.

Zur Planung und Dokumentation durchgeführter Vorsorgeuntersuchungen wurde ein interner Vorsorgepass entwickelt, der den Kund(inn)en einen Überblick gibt, welche Untersuchungen sie bereits wahrgenommen haben. Parallel wird der Vorsorgepass in die kundenbezogene Dokumentation aufgenommen, um die Kund(inn)en frühzeitig in der Vorsorge unterstützen zu können.

Bei der Information und Beratung geht es insbesondere darum, den Kund(inn)en im Gespräch die Informationen in verständlicher Sprache zu vermitteln und Fachbegriffe in Alltagssprache zu übersetzen. Im Beratungsgespräch wollen wir auch Unsicherheiten und Befürchtungen, die aufkommen, besprechen und vermitteln, dass die Sorge um die eigene Gesundheit mit der Lebensqualität in Zusammenhang steht. Die Beratung lässt sich als Fachleistung in der Eingliederungshilfe einordnen, wobei es gilt, die Grenzen zur fachärztlichen Beratung zu wahren. Wir sehen unsere Aufgabe darin, unsere Kundinnen und Kunden beim Thema Vorsorgeuntersuchungen durch die Komplexität des Gesundheitssystems zu navigieren und sie zu begleiten. Bevor die Broschüre in Druck geht, holen wir uns die Resonanz von Kund(inn)en ein, bezogen auf die Verständlichkeit und Gestaltung.

Wichtig und wesentlich dabei ist es, die behandelnden Haus- und Fachmediziner(innen) mit einzubinden. Voraussetzung ist eine auskömmliche Finanzierung dieser anspruchsvollen Fachleistungen durch die Leistungsträger. Was als Pilotprojekt im Caritas-Förderzentrum St. Lukas Kaiserslautern gestartet ist, wird in einem weiteren Schritt in den Einrichtungen Behindertenhilfe der Caritas Betriebsträgergesellschaft der Diözese Speyer umgesetzt.

Beate Reither,
Projektleitung
Hildegard Jung,
Projektstelle

Caritasbetriebsträgergesellschaft mbH Speyer

Kontakte: beate.reither@cbs-speyer.de, hildegard.jung@cbs-speyer.de

Sieben Punkte zur besseren Gesundheitsversorgung

Am 26. März 2009 ratifizierte der Deutsche Bundestag die UN-BRK. In ihrem Artikel 25 wird das Recht der Menschen mit Behinderung auf ein Höchstmaß an Gesundheitsvorsorge beschrieben – ihre gesundheitliche Versorgung ist in gleicher Weise und in gleichem Umfang zu gewährleisten wie bei allen anderen Bürger(inne)n. Zusätzlich sind ihre besonderen Bedürfnisse zu berücksichtigen.

Tatsächlich bleibt die gesundheitliche Versorgung der Menschen mit Behinderung meilenweit hinter diesem Recht zurück: Familien finden keine(n) Mediziner(in) für ihre Angehörigen mit Behinderung. Ärztinnen und Ärzte, die Menschen mit Behinderung betreuen, erhalten nicht das Honorar, das dem zeitlichen und materiellen Mehraufwand angemessen wäre. Im Krankenhaus werden Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen oft nur mangelhaft versorgt oder gleich ganz abgewiesen. Gesundheitliche Rehabilitation genießen nur wenige Menschen mit Behinderung. Die Politik auf Bundes- und Länderebene tut trotz vielfältiger Interventionen von Selbsthilfegruppen und caritativen Organisationen zu wenig zur Abhilfe.

Für eine bessere Gesundheitsversorgung vor allem von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung muss an sieben Baustellen gearbeitet werden:

1. Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung (MZE)

Die fachlichen und zeitlichen Möglichkeiten, die MZE bieten, sind ein wahrer Segen für die sonst gesundheitlich unterversorgten Menschen mit geistiger Behinderung. Die MZE erfüllen nicht nur Lotsendienste, sondern dienen in Fortsetzung der Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) jenseits des 18. Geburtstags als Kompetenzzentren für alle diagnostischen und therapeutischen Probleme. Sie machen viele Krankenseinweisungen überflüssig und ersparen damit dem Gesundheitswesen beträchtliche Kosten. Selbstverständlich sind die Fachkräfte in diesen Einrichtungen leistungsgerecht zu honorieren. Die Zahl und der Umfang der MZE müssen ausgebaut werden.

2. Ausbildung der Mediziner(innen)

In die ärztliche und zahnärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung soll der Bereich „Medizin für Menschen mit geistiger Behinderung“ eingefügt werden. Das bedeutet:

- a. Entsprechende Lehrveranstaltungen sollen verbindlicher Teil des Medizinstudiums werden.
- b. Die Zusatzbezeichnung „Medizin für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung“ soll eingeführt werden. Weiterbildungsstätten sind schon heute in den MZE vorhanden.

c. Die zeitaufwendige ärztliche Versorgung muss mit einer leistungsgerechten Abrechnungsziffer honoriert werden.

3. Ausbildung der Pflegekräfte

In die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflegekräfte in den Krankenhäusern muss das Thema „Medizin und Pflege für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung“ aufgenommen werden.

4. Fortbildung im Krankenhaus

In den Krankenhäusern sollen regelmäßige Fortbildungen für die ärztlichen/pflegerischen Fachkräfte zum Thema durchgeführt werden.

5. Ansprechstellen im Krankenhaus

In jedem Krankenhaus soll eine Person aus dem Pflegedienst zur Ansprechperson für Menschen mit Behinderung ausgebildet werden und ihnen vor allem bei Aufnahme und Entlassung zur Seite stehen.

6. Zusatzentgelte

Für die Versorgung von Patient(inn)en mit schweren Behinderungen stehen dem Krankenhaus nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V zwei Formen von Zusatzentgelten zur Verfügung:

- a. Im DRG-System gibt es ein Zusatzentgelt namens ZE 2017-36.
- b. Für hochaufwendige Pflege ist ein Pflegeersatzgeld abrechenbar unter der Bezeichnung Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS). Die Zusatzentgelte erlauben dem Krankenhaus, zusätzliches Personal einzustellen. Trotzdem werden sie bis jetzt nur von wenigen Häusern genutzt – sie sollten viel häufiger genutzt werden.

7. Mitaufnahme einer Pflegefachkraft

Aus einer Umfrage der Landesarbeitsgemeinschaft der Angehörigen in Baden-Württemberg (LAG AVMB BW) vom November 2019 geht hervor, daß von 264 Einsendern 130 negative, zum Teil erschreckende Erfahrungen bei Krankenhausaufhalten von Menschen mit geistiger Behinderung gemacht haben. 228 Einsender(innen) sehen eine zusätzliche Pflegefachkraft als unbedingt nötig an. Die Ergebnisse belegen, dass hier eine echte Notlage besteht. Die Politik ist aufgerufen, dafür zu sorgen, dass bei stationärer Behandlung eines Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung eine zusätzliche Pflegefachkraft eingestellt und finanziert wird.

Nach Art. 25 der UN-BRK sind die sieben Verbesserungsvorschläge nicht mehr als Forderungen einzustufen, sondern als geltendes Recht. Die Politik ist aufgerufen, das geltende Recht umzusetzen!

Dr. Rudolf Kemmerich

Medizinischer Beirat der LAG AVMB BW
Kinder- und Jugendarzt, Umweltmediziner
Kontakt: rudolfk@mail.de

Pflegekonzepte in der medizinischen Versorgung bei geistiger Behinderung

Die St. Lukas-Klinik der Stiftung Liebenau hat ein Pflegekonzept entwickelt, das die besonderen Herausforderungen der stationären Behandlung von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung und Mehrfachbehinderung aufnimmt.

Bild St. Lukas-Klinik



Mit viel Verständnis für die individuellen Bedürfnisse von Patient(inn)en arbeiten die pflegerischen und medizinischen Fachkräfte – hier Ärztin Dorothea Ehrmann (li.) und Stationsleiterin Barbara Schmid (re.) – an der St. Lukas-Klinik zusammen.

Seit 1975 widmet sich die St. Lukas-Klinik nahezu ausschließlich der pflegerischen und medizinischen Behandlung von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung und Mehrfachbehinderung und hat in der Zeit große Erfahrung und Kompetenz entwickelt. Der Bereich medizinische Versorgung für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung gliedert sich in eine psychiatrische Abteilung mit Ambulanz und zwei Stationen sowie eine somatische Abteilung mit Ambulanz und einer Station für Allgemeinmedizin und Pflege. Auf Basis der langjährigen multiprofessionellen Erfahrung wurde für die Station für Allgemeinmedizin und Pflege ein bedürfnisorientiertes Pflegekonzept entwickelt. Die pflegerische Leiterin, Barbara Schmid, und die Leitende Oberärztin der Station, Dr. Dorothea Ehrmann, erläutern die Kernpunkte.

Mit welchen Krankheiten kommen Menschen zu Ihnen?

Dorothea Ehrmann: Häufig führen Verhaltensstörungen zur stationären Aufnahme. Diese haben häufig eine körperliche Ursache und können beispielsweise Ausdruck von Schmerzen sein. Wir hatten schon Patienten, die durch unerklärliche Aggressionen auffielen. Es stellte sich heraus, dass ihnen ein Knochenbruch oder eine schwere Obstipation zu schaffen machten. Deshalb reicht unser Behandlungsspektrum von Symptomen wie Unruhe, Nahrungsverweigerung, Gewichtsabnahme, Erbrechen und Selbstverletzung bis hin zur Diagnose und Behandlung von Tumorerkrankungen.

Die an den Bedürfnissen und Fähigkeiten nicht intelligenzgeminderter Menschen entwickelten pflegerischen Standards der umliegenden medizinisch hochspezialisierten Krankenhäuser werden den

Bedürfnissen und Fähigkeiten unserer Patienten meist kaum gerecht und erfordern dort einen extrem hohen pflegerischen Aufwand. Deshalb hat sich mit den umliegenden Kliniken eine gute Zusammenarbeit entwickelt: erste Diagnostik hier, weiterführende hochspezialisierte Diagnostik und Behandlung dort, Pflege und Weiterführung bereits begonnener Behandlungen auf unserer Station für Allgemeinmedizin und Pflege.

Barbara Schmid: Vielfach kommen auch Menschen zur Behandlung nach einer Operation zu uns. Diagnostik und Behandlung, die bei Menschen ohne Behinderung ambulant möglich sind, erfordern bei unseren Patienten einen stationären Aufenthalt. Beispielsweise wird eine Darmspiegelung in der Regel ambulant durchgeführt – unsere Patientinnen und Patienten müssen darauf mehrere Tage vorbereitet werden.

Worin liegt die besondere Herausforderung in der pflegerischen Versorgung von Menschen mit geistigen Behinderungen im Krankenhaus?

Barbara Schmid: Um beim bereits genannten Beispiel zu bleiben: Unsere Patientinnen und Patienten verstehen den Sinn einer Darmspiegelung nicht. Ihr Verhalten ist dann von Angst und Abwehr geprägt. Sie können die erforderliche Flüssigkeitsmenge nicht trinken, lehnen das Abführmittel ab und können mit der Körperreaktion nicht umgehen. Auch eine einfache Blutabnahme erfordert oft eine zeitaufwendige Vorbereitung, um die dazu notwendige Entspannung und Zugänglichkeit aufzubauen. Entsprechend meiner Erfahrung ist die genaue Beobachtung unserer Patientinnen und Patienten das Wichtigste. Allerdings benötigen wir dafür viel Zeit und Geduld.

Dorothea Ehrmann: Ohne unsere qualifizierte pflegerische Vorarbeit wäre bei den meisten unserer Patientinnen und Patienten überhaupt kein ärztlicher Zugang zur Untersuchung oder auch nur eine einfache Diagnostik möglich. Selbst ein einfaches Abhören der Lunge kann sich zu einer großen Herausforderung entwickeln. Es ist dann erforderlich, dass die Pflegekraft die Hände hält, beruhigend zuspricht, und ich versuche, einen interpretierbaren Atemzug zu erwischen. Bei abwehrendem oder aggressivem Verhalten ist meist die für alle Seiten beruhigende Präsenz von zwei Pflegekräften notwendig, um auch nur eine erste, orientierende allgemeinmedizinische Untersuchung durchzuführen.

Wie gehen Sie in solchen Fällen vor?

Barbara Schmid: Zunächst wird ein standardisiertes pflegerisches Assessment erhoben. Im zweiten Schritt stellt sich die Frage nach der Gestaltung des pflegerischen Zugangs. Ich erinnere mich gut an einen Patienten, der mit einem Krankenwagen zu uns gebracht wurde und sich in seinem Zimmer unter dem Waschbecken versteckte. Er erwies sich erst als zugänglich, als wir zum Schluss beide auf dem Boden gesessen haben. Unsere Patientinnen und Patienten können meistens ihre Ängste und Aggressionen nicht selbst steuern. Durch unsere

Maßnahmen versuchen wir, diese Gefühle herunterzuregulieren, um pflegerische und ärztliche Zugänglichkeit zu schaffen. Wenn dies gut gelingt, kann einiges an Medikamenten vermieden werden. Ein hoher Blutdruck normalisiert sich auch einmal ohne Medikamente.

Nun hat die St. Lukas-Klinik ein Pflegekonzept entwickelt, das sich stark an den Bedürfnissen von Menschen mit geistigen Behinderungen orientiert. Wie sieht dies konkret aus?

Barbara Schmid: Bei der Entwicklung unseres standardisierten Assessments haben wir uns am Barthel Index und an unserer Erfahrung orientiert. Anders als üblich werden auch die individuellen emotionalen Bedürfnisse und Fähigkeiten dokumentiert, da wir es häufig mit kindlich anmutendem Verhalten und emotionalen Bedürfnissen zu tun haben. Auf Basis dieses Assessments und einer Bezugspflege entwickeln wir einen individuellen pflegerischen Zugang. Häufig muss dieser aber entsprechend dem Verlauf modifiziert werden. Das heißt, es wird täglich geprüft, inwieweit mit den angewendeten Techniken noch der pflegerische Zugang gewahrt bleibt. Dazu sind eine kontinuierliche detaillierte Verhaltensbeobachtung und ausführliche, gemeinsame pflegerische und ärztliche Übergaben erforderlich. Entsprechend erfolgt die ärztliche und pflegerische Dokumentation parallel in einem Dokumentationssystem, sodass zu jedem Zeitpunkt der Behandlung Einsicht und Verständnis für Pflege und Medizin bestehen.

Dr. Dorothea Ehrmann: Die Bedeutung der Pflege zeigt sich bereits bei der Patientenaufnahme. Frau Schmid und ihr Team entscheiden in vielen Fällen im ersten Schritt, unter Berücksichtigung pflegerischer Machbarkeit, über eine Aufnahme. Nachdem von Seiten der Pflege positiv entschieden wurde, erfolgt die Abstimmung mit dem ärztlichen Team. Ohne die Ergebnisse des neuen pflegerischen Assessments sind keine sinnvolle Planung des diagnostischen Aufwands und die prognostische Einschätzung eines möglichen Behandlungserfolgs möglich. Selbstverständlich folgen auch die Ausstattung und Räumlichkeiten unserer Station den Anforderungen unserer Patientinnen und Patienten. Wir haben zwei Gemeinschaftsräume für die Gestaltung von Nahrungsaufnahme und Beschäftigung. Die meisten Patientinnen und Patienten werden in Einzelzimmern behandelt.

Das alles erfordert viel Zeit. Wie schaffen Sie das personell?

Barbara Schmid: Pro Schicht versorgen wir zu dritt durchschnittlich zwölf Patientinnen und Patienten. Alle Pflegekräfte bringen verschiedene Berufs- und Lebenserfahrungen mit. Wir lernen jeden Tag, bei jedem Fall dazu und sind uns dessen bewusst. Ein wichtiger Punkt ist aber auch die gute Zusammenarbeit mit dem Ärzteteam. Dadurch entstehen eine positive pflegerische Atmosphäre und ein selbstständiges, verantwortliches Arbeiten im Pflorgeteam mit hoher Zufriedenheit.

*Die Fragen stellte Ruth Eberhardt, freie Journalistin für die St. Lukas-Klinik der Liebenau Kliniken gGmbH.
Kontakt: gesundheit@stiftung-liebenau.de*

Aller Anfang ist schwer – Chancen und Risiken beim Aufbau eines MZEB

Dieser Praxisbericht aus Rheinland-Pfalz gibt Nachahmern wichtige Erfahrungswerte.

Um ein Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) einzurichten, ist die St. Hildegardishaus GmbH Jugend- und Behindertenhilfe ein umfangreiches Bündnis eingegangen. Auch danach sind noch viele Hürden zu nehmen.

Bereits die Zusammensetzung der Gesellschafter der MZEB Rheinland-Pfalz Nord gGmbH lässt ein spannendes Projekt vermuten: Die Lebenshilfe-Kreisvereinigungen Mayen-Koblenz, Ahrweiler, der Lebenshilfe Landesverband Rheinland-Pfalz, das Heilpädagogisch-Therapeutische Zentrum Neuwied und die St. Hildegardishaus Jugend- und Behindertenhilfe haben sich als Trägerverbund zum Ziel gesetzt, die Medizinische Versorgung von erwachsenen Menschen mit Behinderungen im nördlichen Rheinland-Pfalz durch den neu geschaffenen §119c Sozialgesetzbuch V (SGB V) zu verbessern.

Um dieses Ziel zu verwirklichen, gab es einige Herausforderungen zu bewältigen:

1. Zulassung als MZEB

Nach erfolgreicher Gründung und Eintragung der gemeinnützigen Trägergesellschaft wurde die Zulassung beim zuständigen Zulassungsausschuss der kassenärztlichen Vereinigung beantragt. Zunächst war beabsichtigt, analog den bekannten Strukturen der Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und ausgehend von einer Zentrale in Neuwied, weitere Satellitenstandorte in Mayen/Düdingenheim und Bad Neuenahr-Ahrweiler zu etablieren. Nach erfolgreicher Ermächtigung des ersten Standortes war jedoch klar, dass weitere neue Standorte unter eigener ärztlicher Leitung und eigener Zulassung möglich sind. Der Prozess von der Gründung der Gesellschaft bis zur Ermächtigung des ersten Standortes hat viele Monate in Anspruch genommen. Durch ein Widerspruchsverfahren konnte auch einem in der Ermächtigung enthaltenen Weiterüberweisungsverbot abgeholfen werden.

2. Verhandlungen mit den Krankenkassen

Als Grundlage der Kassenverhandlungen zu sogenannten Fallpauschalen dienten das entwickelte Konzept und die erteilte Ermächtigung für den Standort Neuwied. Wie bei allen neuen Leistungsangeboten nahmen diese Verhandlungen vom ersten Verhandlungstermin bis zum Abschluss einer Leistungs-, Prüfungs- und Vergütungsvereinbarung mehr als ein Jahr in Anspruch.

3. Die Arztsuche und das Arbeiten im multiprofessionellen Team

In der Aufbauphase des MZEB konnte auf einen erfahrenen Neurologen und Rehabilitationsmediziner im Ruhestand mit der erforderlichen Befähigung zur Behandlung von erwachsenen Menschen mit Behinderungen zurückgegriffen werden. Durch diesen Glücksfall und die bestehenden Kontakte ist es bald gelungen, eine weitere Neurologin als ärztliche Leitung anzustellen. Auch ärztliche Schwerpunkte wie Innere Medizin, Orthopädie sowie die spezielle Botox-Behandlung, zum Beispiel bei einer Spastik, und weitere diagnostische Leistungen wie Physiotherapie, Logo- und Ergotherapie und Sozialarbeit können jetzt angeboten werden. Das Arbeiten in einem multiprofessionellen Team stellte sich als Herausforderung und auch sehr bereichernd im Sinne einer ganzheitlichen Anamnese heraus. Gleichwohl gestaltet sich die Gewinnung von weiterem ärztlichem Personal als schwierig.

4. Wirtschaftliche Betriebsführung des „Start-up MZEB“

Zur Etablierung der neuen Leistung waren und sind nicht nur personelle Ressourcen notwendig, sondern auch nicht unerhebliche Investitionen in die Raum-, Sach- und medizintechnische Ausstattung, die es wie bei allen neuen Unternehmungen zu finanzieren galt. Auch eine Vorfinanzierung sämtlicher Kosten für ein Quartal wurde durch die Gesellschafter geschultert. Gleichzeitig galt es die ausschließlich elektronisch mögliche Abrechnung mit den Krankenkassen aufzubauen. Ebenso ist der Betriebsablauf des MZEB an die Bedürfnisse von Menschen mit schweren Beeinträchtigungen, aber auch an eine wirtschaftliche Betriebsführung anzupassen.

Fazit und Ausblick

Die multidisziplinäre Leistung eines MZEB leistet einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung für erwachsene Menschen mit Behinderungen, die es zu etablieren gilt. Der Auf- und Ausbau dieser neuen Leistung wird jedoch noch einige Zeit in Anspruch nehmen.

Markus Wagener

Bildungs- und Pflegeheim St. Martin

Kontakt: markus.wagener@stmartin-dku.de

Menschen haben Krisen – die Caritas hat den Krisendienst Südhessen

Der Caritasverband Darmstadt war unzufrieden mit der medizinischen Versorgung psychisch kranker Menschen – und schuf ein neues regionales Angebot.

Als sich der Caritasverband Darmstadt 2010 zum ersten Mal mit den Möglichkeiten der Integrierten Versorgung für psychisch kranke Menschen beschäftigte, war noch nicht ansatzweise absehbar, wohin dieser Weg führen würde – das ambitionierte Ziel: Neue Hilfe und Unterstützung psychisch kranker Menschen durch die Etablierung einer ambulanten Behandlungsalternative zur stationären Therapie, als Bestandteil der Gemeindepsychiatrie. Die medizinische Verantwortung für die Versorgung hunderter Versicherter an 365 Tagen im Jahr, rund um die Uhr, war eine herausfordernde Perspektive für den Verband, der bisher ausschließlich im Bereich der Gemeindepsychiatrie nur SGB-XII-Leistungen abgedeckt hatte.

Am 1. Juli 2012 konnte es nach zweijähriger fachlicher Vorbereitungszeit und mit Leistungsvereinbarungen mit mehreren großen gesetzlichen Krankenkassen schließlich losgehen. Und nach bald acht Jahren lässt sich heute ein zufriedenes Zwischenfazit ziehen: Mittlerweile ist das einst dreiköpfige Startteam auf 15 hauptamtliche Mitarbeiter(innen) angewachsen, knapp 400 Versicherte haben eine vertragliche Vereinbarung mit uns geschlossen, 29 Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie in der Region kümmern sich als vertragliche Kooperationsärzte persönlich um die gute medizinische Betreuung der Versicherten.

Nachgewiesener Erfolg gibt dem Angebot recht

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor ist in dem von uns gewählten Beratungssetting Offener Dialog / Netzwerkgespräche begründet, das von einem überdurchschnittlich motivierten und erfahrenen Team in der Praxis umgesetzt wird. Eine vom Bundesgesundheitsministerium beim Aqua-Institut Göttingen in Auftrag gegebene Studie zur Evaluation der Behandlungsqualität der bundesweiten Anbieter Integrierter Versorgung zeigt in der individuellen Bilanz für den Krisendienst des Caritasverbands Darmstadt e. V. erfreuliche Ergebnisse: Eine deutliche Reduktion stationärer Krankenhaustage konnte ebenso erreicht werden wie ein bundesweit herausragender Platz bei der Steigerung des WHOQOL-Wertes (Ermittlung der Lebenszufriedenheit) und eine gute Platzierung in der Senkung des HoNOS-Wertes im oberen Mittelfeld (Messung der gefühlten Beeinträchtigung durch die Erkrankung). Mit dem Projekt Figa – Frühzeitige Intervention psy-

chische Gesundheit, das in Kooperation mit der TU Darmstadt und der Betriebskrankenkasse der Firma Merck 2013 entwickelt wurde und Ende 2014 ans Netz ging, wird bereits ein weiterer Baustein der Erweiterung des Leistungsspektrums deutlich: schneller als bisher individuell zugeschnittene Unterstützung im Krisenfall bereitzustellen, um die Chronifizierung einer psychischen Erkrankung – die ein wesentlicher Schritt zur letztendlichen Einmündung in die Eingliederungshilfe ist – zu vermeiden (mehr dazu: www.figa-suedhessen.de).

Themenmonate zur Wissensvermittlung

Doch nicht nur die unmittelbare Hilfe und Unterstützung von Menschen in Krisensituationen steht im Fokus unseres Krisendienstes. Gemeindepsychiatrische Arbeit besteht aus unserer Sicht bedeutsam auch in der Vermittlung von Wissen, das im besten Fall zur Prävention seelischer Krisensituationen und gegebenenfalls späterer Erkrankungen dienen kann. In der Reflexion unserer fachlichen Arbeit hatten wir festgestellt, dass Schlaf(-mangel) und die Auswirkungen einer rast- und taktlosen Gesellschaft zu mannigfaltigen psychischen Belastungen und Erkrankungen führen. Dem wollten wir uns fachlich nähern und konnten zwei Partner für ein ungewöhnliches Projekt begeistern: „Das Leben gelingt, wenn wir es lieben.“ Und das lässt sich lernen. Dieses Fazit – besser: diese Erkenntnis – teilen drei Jahre nach Start des Projekts die Initiatoren VRM-Mediengruppe, Software AG Stiftung und der Caritas-Krisendienst Südhessen. Glück, Ruhe und Schlaf waren die Titel der Themenmonate jeweils im Frühjahr 2017, 2018 und 2019: Wie tragen sie zur Gesundheit bei, was kann jede(r) Einzelne ganz praktisch jeden Tag tun, um glücklicher und ruhiger zu werden, besser zu schlafen? Das waren Fragen, denen wir gemeinsam mit Forscher(inne)n nachgegangen sind. Das Ergebnis: Hilfreiche Tipps für den Alltag, spannende Impulse zur Gesundheitsvorsorge.

Aus unserer Sicht ist klar: Die psychiatrische Versorgung braucht weitere Denkanstöße, um durch ein Netz individueller Hilfen die Chronifizierung psychischer Erkrankungen zu verhindern. Die Gemeindepsychiatrie ist hier ein entscheidender Faktor.

Bastian Ripper

Caritasverband Darmstadt e. V.

Kontakt: b.ripper@caritas-darmstadt.de

„Stumme Schreie“ – wenn Hände sprechen möchten

Wenn Gehörlosigkeit und zunehmende Pflegebedürftigkeit zusammenkommen, drohen oft Vereinsamung und soziale Isolation mit schwerwiegenden Folgen.

Bild Regens-Wagner-Stiftung Zell



Beratungsdienste und ehrenamtliche Begleiter(innen) aus der Gehörlosengemeinschaft berichten immer häufiger von den Notlagen älterer Menschen mit Hörbehinderung, die isoliert in ihrer Wohnung leben und bei zunehmender Demenz oder Pflegebedürftigkeit mit ihrer Alltagsbewältigung deutlich überfordert sind. Immer mehr Ältere mit Hörbehinderung und ihre Angehörigen, zum Teil selbst gehörlos, suchen Rat und Hilfe. Über die üblichen Kommunikationsbarrieren hinaus erschweren demenzielle Symptome und eine Pflegebedürftigkeit die häusliche Versorgung zusätzlich. Ortsnahe und gebärdensprachliche Beratungsangebote sind in den wenigsten Fällen vorhanden, so dass die notwendigen Beratungs- und Unterstützungsleistungen nicht beantragt oder in Anspruch genommen werden. Mit abnehmender Mobilität und zunehmenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen können bisherige gehörlosenspezifische Angebote (Gehörlosensportvereine, Seniorengruppen etc.), weniger oder gar nicht mehr genutzt werden. So verliert der Personenkreis bestehende

Kontakte und wird zunehmend sozial isoliert. Familiäre Unterstützungssysteme stehen nicht oder nur eingeschränkt zur Verfügung, da viele Paare aus persönlichen Gründen oder aufgrund einer Zwangssterilisation kinderlos sind. Auf nachbarschaftliche Hilfen lässt sich kaum zurückgreifen, da aufgrund der Hörbehinderung häufig eine geringe Einbindung in das hörende Umfeld besteht.

Wegen einer geringeren Schulbildung und entsprechend weniger qualifizierten Berufen sind alte Menschen mit Hörbehinderung in der Regel finanziell deutlich schlechter gestellt als die vergleichbare hörende Altersgruppe. Dadurch können etablierte Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen nicht aus eigenen Mitteln finanziert werden.

Bei einem Mangel an Kommunikation und sozialen Anregungen beziehungsweise Kontakten nimmt das Risiko von Vereinsamung, von psychischen Auffälligkeiten bis hin zu Verwahrlosungstendenzen deutlich zu. Sofern ambulante Hilfen nicht gebärdensprachlich vermittelt und anfänglich begleitet werden, sind immer mehr Betroffene gezwungen, bei beginnender Pflegebedürftigkeit in Seniorenheime umzuziehen. Dort setzt sich die Isolation angesichts der fehlenden gebärdensprachlichen Kompetenzen und des Pflegekräftemangels fort. Nachhaltige Folgen sind zusätzliche psychische Beeinträchtigungen bis hin zu Depressionen, eine Verstärkung demenzieller Symptome und ein deutlich erhöhtes Erkrankungsrisiko.

Zusammenhang von Demenz und Hörbehinderung

Ältere Menschen mit Hörverlust sind von einem schnelleren Abbau ihrer kognitiven Fähigkeiten und einer deutlichen Beschleunigung ihrer Demenzerkrankung betroffen, wenn Anregungen und Unterstützungsangebote fehlen (vgl. Langzeitstudie von Lin Frank R. et al. (Health ABC Study, 2012)). Angesichts der sozialen Deprivation werden emotionale und kognitive Symptome häufig mit einer Demenzerkrankung gleichgesetzt (sogenannte Pseudo-Demenzen). Zudem sind standardisierte Diagnoseinstrumente einer Demenzerkrankung bei gehörlosen Menschen kaum anwendbar.

Angesichts der demografischen Entwicklung ist in den nächsten Jahren mit einer deutlichen Zunahme der Zahl älterer Menschen mit Hörbehinderung zu rechnen, insbesondere mit Pflegebedarf beziehungsweise demenziellen oder psychischen Zusatzerkrankungen.

Damit die Versorgung älterer Menschen mit Hörbehinderung angemessen und nachhaltig verbessert werden kann, bedarf es für sie und ihre Angehörigen Versorgungsangebote der Alten- und Gesundheitsfürsorge, die auf die Bedürfnisse älterer Menschen mit Hörbehinderung sowie ihrer Angehörigen fachlich ausgerichtet sind.

Fehlende barrierefreie Kommunikation erschwert Zugänge zu Leistungen der Altenhilfe

Aufgrund ihrer Sozialisation und ihrer Bildungserfahrungen (Verbot gebärdensprachlichen Schulunterrichts bis Anfang der 90er-Jahre, eingeschränkte Bildungsangebote) verfügen viele der älteren Menschen mit Hörbehinderung nur über sehr begrenzte Kenntnisse der Gebärden- und der Schriftsprache. Daher stellt der Einsatz von Gebärdensprachdolmetscher(innen) ebenso wenig wie vielfältige schriftliche Informationsmaterialien oder das Nutzen von Papier und Stift adäquate Hilfsmittel zur Informationsvermittlung dar (vgl. Sigma-Studie, Uni Köln, 2000).

In der Folge werden Leistungen der Pflegeversicherung, der Kranken- und Altenhilfe kaum in Anspruch genommen. Beratungsdienste für Menschen im Alter (Pflegetützpunkte, Angehörigen- oder Demenzberatungsstellen etc.), ambulante Pflegedienste oder stationäre Einrichtungen verfügen weder über die nötigen gebärdensprachlichen Kompetenzen noch über das Wissen über die besonderen Sozialisationsbedingungen älterer Menschen mit Hörbehinderung. Den Ratsuchenden bleibt der adäquate Zugang zu den bestehenden Beratungs- und Unterstützungsangeboten für Senior(inn)en weitgehend verwehrt.

Gebärdensprachkompetente Beratung und Unterstützung ermöglicht Teilhabe

Die Koordinierungsstelle für Senior(inn)en mit Hörbehinderung in Trägerschaft von Regens Wagner Zell greift seit Oktober 2016 mit ihrem Beratungs- und Vermittlungsangebot diese Versorgungslücke für Menschen mit Hörbehinderung im Alter in Nordbayern auf. Gebärdensprachkompetente Berater(innen) informieren, beraten und vermitteln unter Berücksichtigung der Ressourcen der Senior(innen), ihrer Angehörigen und ihres sozialen Netzwerkes. Ältere Menschen mit Hörbehinderung werden durch diese Koordinierungsstelle in ihrer Selbständigkeit und Selbstwirksamkeit (Hilfe zur Selbsthilfe, Empowerment) so gestärkt, dass sie im Alter möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben können. Oder der Zugang zu Unterstützungssystemen wird ihnen vermittelt. Vor dem Hintergrund ihrer gehörlosenspezifischen Lebenserfahrungen passt sich der Beratungsprozess an die individuellen Teilhabebedürfnisse der Ratsuchenden an. Das familiäre Umfeld wird in die Handlungsschritte einer Versorgungsplanung einbezogen. Indem die Koordinierungsstelle etablierte Dienste und Angebote des Gesundheitswesens und der Altenhilfe vor Ort einbezieht, kann die Eigenständigkeit der Menschen mit Hörbehinderung im Alter, auch bei Demenz und Pfl-

gebedarf in vielen Fällen längere Zeit erhalten bleiben. Ebenso versucht die Koordinierungsstelle, die bestehende Gehörlosengemeinschaft in Form ehrenamtlicher Besuchsdienste, hauswirtschaftlicher Hilfen, Fahrdienste etc. einzubinden.

Aufklärung und Schulung für Pflegefachkräfte

Angesichts eines Anteils von mehr als 70 Prozent älteren Menschen mit Höreinschränkungen in Einrichtungen der Altenhilfe (vgl. Info-Kasten) scheint es zwingend, dass die Thematik auch in der Qualifizierung von Pflegefachkräften Einzug hält. Etablierte Dienstleister können sich bei der Koordinierungsstelle fachkompetente Beratung bei Fragen zum Thema „Hörbehinderung“ holen. Die Fachstelle bietet für Pflegeeinrichtungen ein spezielles Schulungsangebot mit Maßnahmen der Prävention im Bereich „Hören/Hörbehinderung und Teilhabe im Alter“ an. Das Beratungsangebot der Koordinierungsstelle für Menschen mit Hörbehinderung im Alter steht auch Einrichtungen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens überregional zur Verfügung. Wegen fehlender Anschlussfinanzierung muss dieses hilfreiche, stark nachgefragte Angebot nach dreijähriger Projektfinanzierung durch Aktion Mensch zum 30. Juni 2020 enden.

Martin Thanner

Regens-Wagner-Stiftung Zell

Kontakt: martin.thanner@regens-wagner.de

HÖRSCHÄDIGUNG IN ZAHLEN

Von circa 70 Millionen Einwohnern über 14 Jahren in Deutschland sind circa 13,3 Millionen (19 Prozent) hörgeschädigt.

- ◆ davon gehörlos/taub: circa 80.000 Personen
- ◆ taubblind: circa 9000 Personen
- ◆ mit Hörgeräten versorgt: circa 2,5–3,0 Millionen (davon circa 50 Prozent ungenutzt)

Unterteilung (Hörverlust in dB)

- ◆ leichtgradig schwerhörig (> 40 dB): 56,0 Prozent
- ◆ mittelgradig schwerhörig (40–70 dB): 25,2 Prozent
- ◆ hochgradig schwerhörig (70–95 dB): 7,2 Prozent
- ◆ an Taubheit grenzend (≥ 90 dB): 1,6 Prozent

Altersverteilung (Schwerhörigkeit)

- ◆ 50–59 Jahre: 25 Prozent (jede/r Vierte in der Altersgruppe)
- ◆ 60–69 Jahre: 37 Prozent
- ◆ > 70 Jahre: 54 Prozent

(Quelle: Wolfgang Sohn, Universität Witten/Herdecke, 2005)

Menschen im Verband

Wolfgang Wasel wird Nachfolger von Jürgen Kunze in der Stiftung Haus Lindenhof

Nach 15 Jahren Tätigkeit als Vorstand der Stiftung Haus Lindenhof wird Direktor Jürgen Kunze zum 31. August 2020 in den Ruhestand gehen. Während dieses Zeitraums prägte er die Stiftung durch seine Fachkompetenz und sein persönliches Engagement. Besonders wichtig waren ihm Innovationen der Hilfeangebote und -strukturen. Dazu pflegte er den fachlichen Austausch in Fachverbänden, mit Hochschulen und den vielen Partnern in Wirtschaft, Kultur und Verwaltung.

So ist Jürgen Kunze seit 2006 Mitglied im Vorstand des CBP und hat die verbandliche Arbeit aktiv mitgestaltet. Seine Bereiche im Vorstand waren vor allem unternehmerische Herausforderungen von Sozialunternehmen sowie theologische Grundsatzfragen. Er vertrat den Verband in verschiedenen Gremien, so auch im Beirat der Fortbildungs-Akademie des Deutschen Caritasverbandes. Der CBP bedauert sein Ausscheiden aus seiner aktiven Arbeit und damit auch aus dem geschäftsführenden Vorstand sehr, den er über 14 Jahre inhaltlich sehr mitgeprägt hat.

Sein Nachfolger in der Stiftung Haus Lindenhof, Prof. Dr. Wolfgang Wasel, ist ebenfalls ein ausgewiesener Fachmann mit großer Erfahrung. Der Psychologe und Dekan der Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege der Hochschule Ravensburg-Weingarten wurde vom Stiftungsrat einstimmig als Nachfolger ausgewählt.

Zur Verabschiedung von Jürgen Kunze und Einführung von Wolfgang Wasel findet am 17. Juli 2020 um 13:30 Uhr ein Festgottesdienst im Heilig-Kreuz-Münster in Schwäbisch Gmünd statt und um 15:30 Uhr ein Festakt im Hans-Baldung-Grien-Saal im Stadtgarten.

Bild Stiftung Haus Lindenhof



Direktor Hermann Staiber, Direktor Jürgen Kunze, künftiger Direktor Wolfgang Wasel sowie Thomas Halder, Vorsitzender des Stiftungsrats (v.l.n.r.).

Christiane Schilling verantwortet Eingliederungshilfe bei den Franziskanerbrüdern vom Hl. Kreuz

Seit 1. Januar 2020 ist Christine Schilling neues Mitglied des Operativen Vorstands des Franziskanerbrüder vom Heiligen Kreuz e. V. Ihr inhaltlicher Schwerpunkt wird im Bereich der Eingliederungshilfe liegen. Als ihre Hauptaufgaben sieht sie vor allem die Entwicklung der Arbeit für Menschen mit Behinderung, die Weiterentwicklung der Einrichtungen, Dienste und Strukturen in ihrem Verantwortungsbereich, die Netzwerkarbeit, die Begleitung der Leitungen und Teams sowie die Leitbildarbeit und die Stärkung von Ressourcen zur Prozessbegleitung. Zuvor war Christiane Schilling als Gesamtleitung der Ambulanten Dienste „Vor Ort“ sowie Mitglied der Leitungsteams im St. Josefs Haus in Hausen und in Kloster Ebernach in Cochem für die Franziskanerbrüder tätig.



Bild Gerhard Kind

Reinhard Mehringer im Ruhestand

Nach 38 Jahren bei der Katholischen Jugendfürsorge geht Reinhard Mehringer zum 1. April 2020 in den Ruhestand. Seine Stationen waren unter anderem das Kinderzentrum St. Vincent und die WG St. Hildegard in Straubing. Die letzten 23 Jahre hat er als Gesamtleiter die Geschicke des Pater-Rupert-Mayer-Zentrums in Regensburg mitbestimmt und nachhaltig geprägt. Im CBP war Reinhard Mehringer im Fachbeirat Körperbehinderung aktiv. Der Verband dankt ihm sehr für seine Tätigkeit und sein Engagement!



Bild KJF

Veränderungen im CBP-Ausschuss Wohnen und Soziale Teilhabe

Peter Hell gab 2019 sein Amt im CBP-Ausschuss Wohnen und Soziale Teilhabe nach vielen Jahren ab, um sich innerhalb des Diözesan-Caritasverbandes Augsburg beruflich umzuorientieren: Nach mehr als dreißig Jahren wechselte er dort von seiner Tätigkeit als Referent für Behindertenhilfe in ein Verbandsentwicklungsprojekt zur Digitalisierung. Peter Hell behält dabei seine Aufgaben als Referatsleiter Teilhabe und Pflege (wozu auch die Behindertenhilfe gehört) und als Entgeltreferent des DiCV Augsburg für den Bereich der Eingliederungshilfe. Der CBP bedauert sein Ausscheiden aus dem Gremium sehr und dankt ihm für sein großes, langjähriges Engagement.

Seine Nachfolgerin im Ausschuss ist seit Oktober 2019 Simone Sommer. Nach langjähriger Arbeit mit Menschen mit Behinderung hat sie im April 2018 als Referentin für das Fachgebiet Behindertenhilfe im DiCV Augsburg begonnen.

Bild Erich Malter

Infos und Termine

Kostenlose Schulungen der Aktion Mensch 2020

Kennen Sie schon die kostenlosen Schulungsangebote der Aktion Mensch? Für 2020 ist ein vielfältiges Programm online: Vom Webinar „Anschubförderung der Aktion Mensch“ mit praktischen Hinweisen und Beispielen zur Förderung von neuen ambulanten und offenen Diensten bis zum Seminar „Inklusion und Identität“ in Würzburg erwarten Sie über das ganze Jahr verteilt spannende Themen.

Das Programm: www.aktion-mensch.de/kommune-inklusion/schulungen-2020.html

Stiftung Anerkennung und Hilfe nur bis zum 31. Dezember 2020

Die Stiftung Anerkennung und Hilfe arbeitet seit 1. Januar 2017, sie hilft Menschen, die als Kinder oder Jugendliche von 1949 bis 1975 in der BRD beziehungsweise von 1949 bis 1990 in der DDR in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe oder Psychiatrie Leid und Unrecht erfahren haben. Sie unterstützt mit folgenden Anerkennungs- und Unterstützungsleistungen: öffentliche Anerkennung des erfahrenen Leids und Unrechts, Anerkennung durch wissenschaftliche Aufarbeitung der Leids- und Unrechtserfahrungen, individuelle Anerkennung durch ein persönliches Gespräch in den Anlauf- und Beratungsstellen und Unterstützung durch finanzielle Hilfe.

Betroffene können sich unter der kostenlosen Telefonhotline: 0800 221 221 8 informieren. Um sich für Leistungen der Stiftung anmelden zu können, müssen sie verschiedene Voraussetzungen erfüllen. Die erste Kontaktaufnahme mit der Anlauf- und Beratungsstelle, als Voraussetzung für die Anmeldung, ist bis zum 31. Dezember 2020 möglich.

Alle Informationen zur Stiftung, die auch bestellt werden können, und wichtige Kontaktadressen: www.stiftung-erkennung-hilfe.de

Europäischer Kunstpreis für Menschen mit geistiger Behinderung

Noch bis zum 20. Mai 2020 können sich künstlerisch tätige Menschen, die nach den gesetzlichen Regelungen ihres jeweiligen Landes als geistig behindert gelten, für den „euward“ bewerben. Dieser Kunstpreis ist international die wichtigste Auszeichnung für Kunst im Kontext von geistiger Behinderung. Sein Ziel ist es, unbekannte Künstler(innen) zu fördern und ihr Schaffen der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Eine Jury von bekannten Fachleuten wählt aus den Bewerbungen aus ganz Europa drei Preisträger(innen) aus. Sie erhalten eine Ausstellung ihrer Werke im Haus der Kunst in München und werden mit Geldpreisen und einem Katalog zu ihrem Werk im Gesamtwert von circa 19.000 Euro gefördert. Seit 2000 verleiht die Augustinum Stiftung alle drei Jahre den euward. Mehr: www.euward.de



Anke Steinert-Neuwirth, Ina Fischer, Dinah Radtke, Nicki Sušić, Florian Janik, Matthias Kutsch, Jutta Winter, Brigitte Korn, Andreas Thum (v.l. n. r.) bei der Übergabe des BarriereSprung-Katalogs.

Katalog zur Ausstellung BarriereSprung

Im Februar 2020 endete die Ausstellung „BarriereSprung. Vom Leben mit Behinderung“ im Stadtmuseum Erlangen. Sieben Monate war sie gelaufen und hatte laut Museumsleiterin Brigitte Korn ein ungewöhnlich breites Publikum angesprochen. Sie trug dazu bei, Berührungsängste und Vorbehalte abzubauen und das Stadtmuseum zu einem Ort der Begegnung und des Austauschs zu machen. Die im Rahmen des Projekts gesammelten Erfahrungen mit inklusiven Vermittlungsangeboten sollen auch künftigen Ausstellungsprojekten und dem geplanten Neubau des Stadtmuseums zugutekommen. Die Ausstellung soll auch in anderen Städten gezeigt werden. Ihre Inhalte sind in einem Katalog dokumentiert, der über das Stadtmuseum Erlangen für 12 € erworben werden kann (www.erlangen.de/stadtmuseum).

Übersetzen in Leichte Sprache

Die Masterarbeit „Übersetzen in die Leichte Sprache“ von Nathalie Dominique Nüssli untersucht Übersetzungsprobleme, Übersetzungslösungen und Auswirkungen auf das Textverständnis von Menschen mit Downsyndrom. Beispielhaft untersuchte sie Texte zum Thema Gesundheit: Wie lösen Leichte-Sprache-Übersetzer(innen) Übertragungsprobleme, und welche Auswirkungen haben die gewählten Lösungsansätze auf das Textverständnis von Menschen mit Downsyndrom? Dazu werden eine standardsprachliche Gesundheitsbroschüre und ihre Leichte-Sprache-Übersetzung auf verschiedenen sprachlichen Ebenen analysiert und mit einem Regelwerk für Leichte Sprache verglichen. Anschließend prüft die Autorin in ihrer Masterarbeit, wie verständlich die Leichte-Sprache-Übersetzung für Menschen mit Downsyndrom ist. Die Untersuchung ergibt, dass die Leichte-Sprache-Übersetzung an zahlreichen Stellen gegen die Regeln der Leichten Sprache verstößt. Download der Untersuchung per Kurzlink: <https://bit.ly/2wdTQGS>

Medientipps

Lebenszeichen – Gottesdienste in Leichter Sprache



Jochen Straub und Barbara Seehase aus dem CBP-Fachbeirat Theologische Grundsatzfragen haben das Buch „Lebenszeichen“ mit Gottesdiensten, Gebeten und Katechesen in Leichter Sprache veröffentlicht. Die 16 ausgearbeiteten Gottesdienste zu verschiedenen Festen im Jahreskreis und einzelnen Lebens-themen lassen sich auch als Bausteine verwenden. 20 Lieder inklusive Noten runden die Impulse ab.

Straub, Jochen; Seehase, Barbara: Lebenszeichen. Gottesdienste, Gebete und Katechesen in Leichter Sprache. Schwabenverlag 2020, 18 Euro, ISBN 978-3-7966-1784-3

Auf dem Weg zu einer inklusiven Kirche

Die Arbeitshilfe „Leben und Glauben gemeinsam gestalten. Kirchliche Pastoral im Zusammenwirken von Menschen mit und ohne Behinderungen“ soll kirchlichen Einrichtungen, Gemeinden und Gemeinschaften dazu dienen, sich weiter auf den Weg hin zu einer „inklusive Kirche“ zu machen, an der Menschen mit Behinderung selbstverständlich teilhaben. Herausgegeben wurde sie von der Deutschen Bischofskonferenz. Sie ist inklusiv nutzbar mit Teilen in leichter Sprache. Für die seelsorgerische Begleitung bietet sie konkrete Orientierung in den wichtigsten Lebensphasen und -bereichen, benennt Herausforderungen sowie Handlungsoptionen und gibt Anregungen. Die Arbeitshilfe gibt es kostenlos per folgendem Kurzlink: <https://bit.ly/2xQ3T5J>



Mitbestimmen! Fragensammlung zur Partizipation

Der BeB hat als ein Ergebnis des Projekts „Hier bestimme ich mit! Index für Partizipation“ eine Fragensammlung in Leichter und in schwerer Sprache herausgegeben. Sie ist ein Instrument, das vielfältige Chancen auf Veränderungsprozesse in Organisation und Kommune eröffnen soll. Durch das Arbeiten mit der Fragensammlung sollen die Rechte auf Information und Mitbestimmung erwachsener Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen in allen Lebensbereichen umgesetzt werden. Die Broschüre wurde in Zusammenarbeit mit dem Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW)

erstellt, sie ist erhältlich über: <https://beb-mitbestimmen.de/startseite/produkte/fragensammlung/>

Zahnärztliche Leistungen für Versicherte mit Behinderung

Die neue Broschüre „Zusätzliche zahnärztliche Versorgungsangebote für Menschen mit Pflegebedarf oder einer Beeinträchtigung“ informiert über spezielle zahnärztliche Leistungen, die von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Die Behandlung in der Zahnarztpraxis kann bei Bedarf auch in die Wohnung, die Wohngemeinschaft oder die Pflegeeinrichtung verlegt werden. Einmal im Kalenderjahr werden zum Beispiel die Erhebung des Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die richtige Zahnpflege und die Entfernung von Zahnstein übernommen. Die Broschüre erhalten Sie unter anderem über die BAGFW: www.bagfw.de/veroeffentlichungen/publikationen



Gesellschaftliche Teilhabe für Demenz-Erkrankte

In „Leben in der Mitte der Gesellschaft: Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ werden 14 Projekte vorgestellt, die Betroffenen mehr gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen. Denn neben Information, Beratung und praktische Unterstützung brauchen an Demenz Erkrankte und ihre Angehörigen vor allem soziale Integration. Die vorgestellten Projekte sind die Ergebnisse des Bundesmodellprogramms „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“. Die Publikation ist aktuell nur als E-Book erhältlich.

Pfützenreuter, Irina (Hrsg.): Leben in der Mitte der Gesellschaft. Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz. Freiburg: Lambertus Verlag 2019, 14,99 Euro, ISBN 978-3-7841-3166-5

Unsicherheiten im Umgang mit HIV ausräumen

Es besteht in vielen Einrichtungen und Diensten nach wie vor Unsicherheit, wie mit Menschen mit einer HIV-Infektion umzugehen sei. Laut einer Befragung des Pflegepersonals in Altenhilfeeinrichtungen befürchteten 50 Prozent der Interviewten, sich im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit mit HIV infizieren zu können. In dem Bereich gibt es sogar Einrichtungen, die die Aufnahme von HIV-infizierten Menschen generell ablehnen, da sie der Auffassung sind, dafür nicht ausgerüstet zu sein oder dies als „rufschädigend“ ansehen.



Wenig bekannt ist, dass HIV prinzipiell schwer übertragbar ist und es selbst beim Kontakt mit dem Erreger Sofortmaßnahmen gibt, um eine Ansteckung zu vermeiden. Die Broschüre „Keine Angst vor HIV! Informationen für medizinisches und pflegerisches Personal“ klärt über die Krankheit auf und gibt gezielt Hinweise für eine diskriminierungsfreie Pflege und Unterstützung von Menschen mit HIV beziehungsweise Aids. Mehr: www.aidshilfe.de/shop/keine-angst-hiv

Portal zu Ernährung in Einfacher Sprache

Das Bundeszentrum für Ernährung hat Informationen rund um Ernährung in Einfacher Sprache zusammengestellt. Erläutert werden die Themen Einkaufen, Kochen und Aufbewahren, gut essen sowie Familie. Die Texte sind klar strukturiert und haben kurze Sätze ohne viele Fremdwörter oder Fachbegriffe. In den kommenden Monaten werden regelmäßig neue Inhalte hinzukommen. Das Angebot richtet sich ausdrücklich auch an Kursleitende in der Erwachsenenbildung, Betreuer(innen) in Wohneinrichtungen und Sozialarbeiter(innen) in offenen Angeboten.

Zur Plattform: www.bzfe.de/einfache-sprache-34645.htm

Plattform für barrierefreie Kinobesuche

Auf „Kino für alle“ können Kinofans alle Filme mit barrierefreier Fassung finden und nach einer Vorführung im Kino ihrer Wahl suchen. Zusätzlich wird angegeben, welche App dazu benötigt wird. Auch die Suche nach Filmen im Original mit Untertiteln (OmU) und nach Sondervorstellungen ist möglich. Für die Zukunft ist geplant, dass auf der Plattform auch barrierefreie Merkmale von Kinos angezeigt werden. „Kino für alle“ ist ein Projekt des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbandes (DBSV) und wird gefördert von der Filmförderanstalt (FFA) mit Unterstützung der Hildegard-Scherraus-Stiftung und der Pfizer Deutschland GmbH.

Zur Plattform: <https://kinofueralle.de>



CBP-Kalender

3. BTHG-Fachtag 2020; Bedarfsermittlung und Finanzierung der Fachleistungen nach BTHG

9. Juni 2020, Frankfurt am Main

» Leitungs- und Fachkräfte

Angehörigentag des Beirates der Angehörigen im CBP: Teilhabe – „Ohne Moos nichts los.“ Wie kann angemessene Teilhabe gelingen?

27. Juni 2020, Würzburg – organisiert durch die LAG – CBP Bayern

» Angehörige und Betreuer(innen) in Mitgliedseinrichtungen des CBP

4. BTHG-Fachtag 2020: „Alte“ Schnittstelle Pflege und Eingliederungshilfe und neue Probleme?

22. September 2020, Frankfurt am Main

» Leitungs- und Fachkräfte

Fachforum der Technischen Leitungen 2020

23./24. September 2020, Frankfurt am Main

» Technische Leitungen der CBP-Mitglieder

Fachforum Digitale Teilhabe – Einsatzmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen

28. September 2020, Kassel

» Leitungs- und Fachkräfte

5. BTHG-Fachtag 2020: Teilhabeleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen

12. November 2020, Frankfurt am Main

» Leitungs- und Fachkräfte

CBP-Mitgliederversammlung 2020

19./20. November 2020, Berlin

» CBP-Mitglieder

Fachtagung Teilhabe am Arbeitsleben

2./3. Februar 2021, Fulda

» Leitungs- und Fachkräfte

NACHGEDACHT



Janina Bessenich
Geschäftsführerin
des CBP
E-Mail: janina.bessenich@caritas.de

Selbstbestimmtes Leben und selbstbestimmtes Sterben

Am 26. Februar 2020, am Aschermittwoch, hat das Bundesverfassungsgericht eine historische Entscheidung zur Sterbehilfe getroffen und das Verbot der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung in § 217 Strafgesetzbuch für verfassungswidrig erklärt. Das Recht auf „selbstbestimmtes Sterben“ gehört laut Gericht zum allgemeinen Persönlichkeitsrecht nach Art. 2 Abs. 1 und Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz. Die gewerbliche Sterbehilfe ist damit legalisiert. Es gab dazu viele öffentliche Statements, unter anderem äußerte sich die Deutsche Bischofskonferenz (DBK), die darin „einen Einschnitt in unsere auf Bejahung und Förderung des Lebens ausgerichtete Kultur“ sieht (Pressemitteilung der DBK, 26. Februar 2020).

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts bedeutet viel mehr als die „Freigabe“ der Sterbehilfe. Das höchste Gericht des Bundes führt sehr ausführlich aus, dass zur Selbstbestimmung auch das „Recht auf Sterben“ gehört. Ferner bestätigt das Gericht „die Einschätzung des Gesetzgebers, dass geschäftsmäßige Suizidhilfe zu einer ‚gesellschaftlichen Normalisierung‘ der Suizidhilfe führen und sich der assistierte Suizid als normale Form der Lebensbeendigung insbesondere für alte und kranke Menschen etablieren könne, die geeignet sei, autonomiegefährdende soziale Pressionen auszuüben“ (Pressemitteilung des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020).

Das Bundesverfassungsgericht fordert den Gesetzgeber auf, die Suizidhilfe gesetzlich – auch strafrechtlich – zu regulieren (zum Beispiel durch „gesetzlich festgeschriebene Aufklärungs- und Wartepflichten, über Erlaubnisvorbehalte, die die Zuverlässigkeit von Suizidhilfeangeboten sichern, bis zu Verboten besonders

gefährdender Erscheinungsformen der Suizidhilfe“). Das Bundesverfassungsgericht weist auch auf die Erforderlichkeit der allgemeinen Suizidprävention und die Etablierung palliativmedizinischer Behandlungsangebote hin. Jetzt ist der Gesetzgeber verpflichtet zu handeln.

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts verfestigt den Wandel in der gesellschaftlichen Haltung gegenüber dem Leben mit schweren Behinderungen und chronischen Erkrankungen. Der CBP befürchtet negative Folgen in der gesellschaftlichen Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung und Menschen mit psychischer Erkrankung, indem zunehmend deren Leben als „Problem“ dargestellt wird. Die bislang geltenden hohen Hürden für die assistierte Selbsttötung haben auf den schrecklichen Erfahrungen des Nationalsozialismus basiert. Nach dem Zweiten Weltkrieg galt die Maxime: Nie darf menschliches Leben relativiert werden.

Der CBP wird sich nun für klare gesetzliche, strafrechtliche Regelungen zur sogenannten Suizidhilfe und den Ausbau von Beratungs- und Aufklärungsangeboten sowie von palliativen Behandlungsangeboten mit besonderer Berücksichtigung von Belangen der Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung einsetzen.

Bislang haben Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen kaum Zugang zur palliativen Versorgung. Die gesundheitliche – auch palliative – Versorgung benötigen Menschen mit Behinderung, um selbstbestimmtes Leben zu können. Diese Priorität steht für den CBP fest, und hoffentlich auch für den Gesetzgeber. Der Gesetzgeber muss klare Antworten auf die Frage geben, was der Mensch mit Behinderung für sein selbstbestimmtes Leben braucht.

Janina Bessenich

IMPRESSUM

www.cbp.caritas.de

Redaktion: Janina Bessenich (jb, verantwortlich), Kerstin Tote (kt), Annett Löwe (al), Tatjana Sorge (ts) Klemens Bögner
Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin, E-Mail: cbp@caritas.de, Tel. 0 30/28 44 47-8 22, Fax: 0 30/28 44 47-8 28
Vertrieb: Rupert Weber, Tel. 07 61/200-420, Fax: 200-11 420, E-Mail: rupert.weber@caritas.de
Titelfoto: AdobeStock/wladimir1804
Nachdruck und elektronische Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung.
Herausgegeben vom CBP e. V. in Berlin

