



22. Landesgesundheitskonferenz NRW

"Von der Integration zur Inklusion: Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen verbessern"

22. November 2013



22. Landesgesundheitskonferenz
"Von der Integration zur Inklusion:
Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen verbessern"

22. November 2013

Inhaltsverzeichnis

1. Präambel	2
2. Ausgangslage	4
3. Defizitanalyse	8
4. Umsetzungsempfehlungen	
4.1 Sicherstellung eines gleichberechtigten wohnortnahen Zugangs	10
4.2 Schaffung verlässlicher, bedarfs- und bedürfnisgerechter Strukturen	13
4.3 Nutzerorientierung, Selbstbestimmung und Partizipation fördern	19
4.4 Beseitigung von Schnittstellenproblemen	23
4.5 Qualifizierung für einen vorurteilsfreien und gleichberechtigten Umgang	27
4.6 Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention	30
4.7 Unterstützung durch kommunale Gesundheitskonferenzen	34
5. Landesinitiative Gesundes Land NRW	36
6. Erfolgskontrolle/Zielüberprüfung	36

Von der vorliegenden EntschlieÙung wird nach Verabschiedung eine Zusammenfassung in Leichter Sprache erstellt.

1. Präambel

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) hat einen Paradigmenwechsel in der Politikgestaltung und der Entwicklung von Maßnahmen zur Erfüllung des Anspruchs von Menschen mit Behinderungen auf gesellschaftliche Teilhabe eingeleitet. Sie schafft eine neue Rechtsgrundlage und konkretisiert allgemeine Menschenrechte, denen aus der Perspektive von Menschen mit Behinderungen – unabhängig von deren Schwere und Ausprägung - ein besonders wichtiger Stellenwert zukommt. Inklusion ersetzt dabei als gesellschaftliche Zielsetzung die Integration. Der mit der UN-Behindertenrechtskonvention vorgenommene Wechsel zur inklusiven Wahrnehmung der Lebenswelt geht davon aus, dass die soziale und physische Umwelt so gestaltet wird, dass alle Menschen einer Gesellschaft – ob beeinträchtigt oder nicht – ohne besondere Anpassungsleistungen und ohne Diskriminierung in einem „inklusiven Gemeinwesen“ zusammenleben können.

Mit der Ratifizierung der UN-BRK durch Bundestag und Bundesrat werden die Verantwortlichen in Politik und Gesellschaft vor besondere Herausforderungen gestellt, die nur im Zusammenwirken der Organisationen und Verbände der Menschen mit Behinderungen sowie den Verantwortlichen in Politik, (Selbst-)Verwaltung und Gesellschaft in Bund, Ländern und Kommunen bewältigt werden können. Die UN-BRK als völkerrechtlicher Vertrag tangiert in wesentlichen Bereichen auch das Gesundheitswesen.

Die Landesgesundheitskonferenz (LGK) bekräftigt mit dieser EntschlieÙung, die Ziele der UN-BRK im Rahmen ihrer Verantwortlichkeiten nachhaltig umzusetzen. Die Mitglieder der LGK setzen sich dafür ein, eine wohnortnahe, barrierefreie und flächendeckende Versorgung mit Präventions-, Gesundheits-, Rehabilitations- und Pflegeangeboten sicherzustellen, die für Menschen mit und ohne Behinderungen zugänglich sind. Sie berücksichtigen dabei die unterschiedlichen Ausgangslagen und Lebensweisen der Geschlechter.

Alle Initiativen der Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen sollen darauf ausgerichtet werden, die Achtung der Menschenwürde und der individuellen Autonomie einschließlich der Freiheit und Möglichkeit, eigene Entscheidungen zu treffen, zu berücksichtigen. Nichtdiskriminierung, Akzeptanz von geistiger, körperlicher, psychischer sowie Sinnesbeeinträchtigung oder mehrfacher Behinderung als Bestandteil menschlicher Vielfalt, Beachtung von Vulnerabilität sowie vorurteilsfreier und gleichberechtigter Umgang mit Menschen mit Behinderungen sind handlungsleitend für die LGK.

Bei allen Maßnahmen müssen die Auswirkungen im Hinblick auf die besonderen Belange der verschiedenen Geschlechter und die spezifischen Folgen für die Versorgung gesondert geprüft und aufgezeigt werden. Auch gilt es, der sozialen Lage von Menschen mit Behinderungen ein besonderes Augenmerk zu widmen. Oft befinden sie sich in einer durch fehlende Ressourcen und auch Armut gekennzeichneten Situation.

Die LGK hält es außerdem für wichtig, Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung in den Blick zu nehmen, die für Menschen mit Behinderungen in besonderer Weise Bedeutung erlangen können. Dazu gehören etwa der zunehmende Wettbewerb im Gesundheitswesen, die Segmentierung und Unübersichtlichkeit der Versorgungsstrukturen sowie die Ausdifferenzierung der sozialen Sicherungssysteme.

Zu beachten ist, dass die UN-BRK auch Menschen mit chronischen Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit oder unklarer Diagnose einbezieht und zwar unabhängig davon, ob sie sich selbst als Menschen mit einer Behinderung ansehen. Dies trifft in besonderem Maße auf Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen zu, aber auch auf Menschen mit andauernden somatischen Gesundheitsproblemen.

Ausgehend von diesen Grundüberlegungen und anknüpfend an ihre bisherigen Entschlüsse greift die LGK mit der vorliegenden Entschlüsselung prioritäre Handlungsfelder auf und gibt konkrete Handlungsempfehlungen. Die Entschlüsselung kann naturgemäß nur einen Überblick über die umfassenden und differenzierten Veränderungsbedarfe im Gesundheitswesen geben. Unbeschadet der erforderlichen speziellen Angebote ist Ziel der Entschlüsselung, die Regelversorgung in Nordrhein-Westfalen im Sinne der Inklusion in den verschiedenen Versorgungsbereichen weiterzuentwickeln und zu stärken. Die LGK wird daher im Rahmen des regelmäßigen Monitorings prüfen, ob und inwieweit weitere Aktivitäten und Interventionen notwendig werden.

Basierend auf dem Selbstverständnis der LGK verpflichten sich ihre Mitglieder, die Umsetzung der nachfolgenden Handlungsempfehlungen aktiv voranzubringen.

2. Ausgangslage

Die UN-BRK sieht diejenigen Menschen als Menschen mit Behinderungen an, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können (Art. 2 UN-BRK).

Dieses Verständnis von Behinderung findet bislang keine Entsprechung in amtlichen Statistiken. Sie beruhen vielmehr auf einem Verständnis, das die Funktionsbeeinträchtigungen des einzelnen Menschen in den Vordergrund stellt und damit Teilhabebeschränkungen weitgehend ausblendet. Neben diesen Statistiken existieren keine anderen Datenquellen, mit denen wenigstens näherungsweise besonders vulnerable Personengruppen und individuelle Merkmale ihrer Lebenssituation beschrieben werden könnten.

Das Statistische Bundesamt weist für das Land Nordrhein-Westfalen im Jahr 2011 knapp 1,7 Millionen Menschen mit einer amtlich festgestellten Schwerbehinderung aus. Dies entspricht einem Anteil von 9,5 % der Bevölkerung. Männer waren mit einer Quote von 9,9 % etwas häufiger betroffen als Frauen (9,1 %). Hinzu kommen Menschen mit einem geringeren Behinderungsgrad sowie chronisch Kranke, die keinen Antrag auf amtliche Anerkennung einer Behinderung gestellt haben oder denen diese Anerkennung aus anderen Gründen versagt geblieben ist. Zusammengenommen wiesen laut Angaben des Sozialberichts NRW 2012 14,4 % der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens im Jahr 2009 eine andauernde gesundheitliche Beeinträchtigung bzw. Behinderung auf. 56 % der schwerbehinderten Menschen waren über 64 Jahren alt. Laut einer Studie des BMFSFJ liegt die Anzahl der Frauen, die keinen Schwerbehindertenausweis beantragen, bei über 60 %. Es ist daher davon auszugehen, dass die Anzahl der Menschen mit Behinderungen höher liegt als die Zahlen des Statistischen Bundesamtes ausweisen.

Der kürzlich erschienene Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen stellt – auch zum Thema Gesundheit – Daten zum Themenkomplex dar. Dies geschieht unabhängig vom Merkmal der Schwerbehinderung. Der Bericht orientiert sich vielmehr an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Auch wenn der Bericht noch viele nicht erforschte Bereiche benennt, so ist er doch der Versuch, eine erste Bestandsaufnahme zum Thema Behinderung vorzunehmen, die dem Verständnis der UN-BRK nahe kommt.

Die UN-BRK betont die Notwendigkeit, die Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen sorgfältig zu prüfen und ggf. weiterzuentwickeln. Die Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen beschäftigen sich nicht erst seit der Verabschiedung der UN-BRK mit dieser Aufgabe. Die Konvention und die seit einigen Jahren zunehmend spürbaren Anforderungen im Versorgungsalltag unterstreichen jedoch den inzwischen dringenden Handlungsbedarf.

Insbesondere zwei Entwicklungen haben dazu beigetragen. Zum einen erlebte das Gesundheitswesen in den letzten Jahren tiefgreifende Umstrukturierungen, die mit der Herausforderung verbunden waren, Effektivität und Effizienz zu erhöhen und zugleich eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung sicherzustellen. Diese Herausforderung ist nach wie vor aktuell und betrifft alle Personengruppen, die Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen. Vor allem vulnerable Nutzergruppen, die aufgrund ihrer besonderen sozialen oder gesundheitlichen Situation sowie durch kognitive und kommunikative Beeinträchtigungen ihre Bedürfnisse nur unzureichend artikulieren können, verlangen in dieser Hinsicht besondere Aufmerksamkeit.

Zum anderen nimmt die demografische Entwicklung Einfluss. Damit ist nicht nur der Umstand angesprochen, dass Funktionsbeeinträchtigungen im hohen Alter vermehrt auftreten und daher die Zahl der Menschen mit dauerhaften Behinderungen ansteigt. Vielmehr ist auch zu berücksichtigen, dass die Gruppe der „alt gewordenen“ Menschen mit Behinderungen an Bedeutung gewinnt, d.h. jener Menschen, die bereits im jungen Alter oder von Geburt an eine Behinderung aufwiesen und nunmehr, da sie in ein höheres Lebensalter kommen, zusätzlich typische Beeinträchtigungen in Form einer Pflegebedürftigkeit im Alter entwickeln. In der Gesundheitsversorgung in Deutschland gibt es kaum langjährige Erfahrungen mit dieser Personengruppe. Dabei spielt eine wesentliche Rolle, dass in der Zeit der nationalsozialistischen Diktatur ca. 70.000 Menschen mit Behinderungen durch die als „Euthanasie“ verbrämten Morde umgebracht wurden. Die in der Nachkriegszeit aufgewachsenen Menschen mit Behinderungen erreichen jetzt das Alter, in dem vermehrt chronische Krankheit und Pflegebedürftigkeit auftreten.

Menschen mit Behinderungen erleben häufig mehrfach Teilhabebeschränkungen. Menschen mit einer Schwerbehinderung weisen statistisch insbesondere in den jüngeren Altersgruppen (unter 50 Jahren) niedrigere Bildungsabschlüsse auf als die übrige Bevölkerung. Die Erwerbstätigkeitsquote liegt nach Aussage des Statistischen Bundesamtes deutlich unter der Quote der Wohnbevölkerung in NRW insgesamt. Menschen mit Behinderungen im Alter unter 65 Jahren sind außerdem überdurchschnittlich häufig von Armut

betroffen. Diese Merkmale der Lebenssituation, die auf Frauen in besonderer Weise zutreffen, haben zum Teil erheblichen Einfluss auf den Zugang zu Versorgungsleistungen, das Inanspruchnahmeverhalten, die individuelle Versorgungsplanung und die Kommunikation im Versorgungsalltag.

Charakteristisch ist in vielen Fällen außerdem das Nebeneinander von akuten Gesundheitsstörungen und den mit der Behinderung verbundenen, dauerhaften Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit. Wenn diese Einbußen zu einer erhöhten Hilfebedürftigkeit führen, entstehen in manchen Versorgungsphasen besondere, schwer zu bewältigende Anforderungen an das Versorgungssystem. Dies gilt beispielsweise bei Krankenhausaufenthalten, bei denen nicht selten weniger die akute Gesundheitsstörung als vielmehr die Behinderung im Vordergrund steht.

Die gesundheitliche Versorgung ist in vielen Bereichen noch nicht ausreichend auf die besondere Situation, den Bedarf und die – nicht zuletzt durch das Geschlecht und den kulturellen Hintergrund geprägten - Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen ausgerichtet. Dies kann unterschiedliche, teils schwerwiegende Konsequenzen nach sich ziehen. Das Spektrum möglicher Probleme reicht von Zugangshürden bei Präventionsmaßnahmen über die unzureichende Kommunikation in Entscheidungssituationen bis hin zur fehlerhaften Interpretation und diagnostischen Einordnung von Krankheitssymptomen.

Um einen gleichberechtigten Zugang von Menschen mit und ohne Behinderungen zum Gesundheitssystem sicherzustellen, müssen unterschiedlichste Handlungsfelder in den Blick genommen werden. Dazu gehören insbesondere Versorgungskonzepte, die personelle und materielle Ausstattung der Versorgungseinrichtungen, die Aus-, Weiter- und Fortbildung, die Kooperation zwischen den Institutionen und Berufsgruppen sowie Schnittstellenfragen, die Angebotsstrukturen, die Integration der Versorgung in das Wohn- und Lebensumfeld der Menschen sowie Angebote der psychosozialen Begleitung in schwierigen Lebensphasen und Versorgungssituationen.

Mit Blick auf das zunehmend durch Wettbewerb geprägte Gesundheitssystem ist es bedeutsam, bereits bestehenden und weiter entstehenden unerwünschten Folgewirkungen für die Versorgung und damit auch für die Lebensperspektive von Menschen mit Behinderungen wirksam entgegen zu treten. Auch erweisen sich die Segmentierung des Gesundheitswesens und die Fragmentierung der sozialen Sicherungssysteme als problematisch. So bringt die unterschiedliche Blickrichtung von Krankenversicherung, Pflegeversi-

cherung und Eingliederungshilfe erhebliche Herausforderungen auf dem Feld der Kooperation und Koordination mit sich. Dies betrifft nicht nur die Einrichtungen bzw. Leistungserbringer, sondern auch die Kranken- und Pflegekassen sowie die Sozialhilfeträger. Diese Herausforderungen müssen aufgegriffen werden, um eine stärker bedarfs- und bedürfnisgerechte, nutzerorientierte Versorgung zu erreichen.

Dabei ist es wichtig, in der Diskussion über die qualitative Weiterentwicklung der Versorgung allzu starke Vereinfachungen zu vermeiden. Menschen mit Behinderungen sind eine sehr heterogene Personengruppe mit dementsprechend heterogenen Bedarfslagen und Bedürfnissen. Menschen mit einer Gehbehinderung, die vielleicht auf einen Rollstuhl angewiesen sind, aber ansonsten ihr Leben autonom gestalten können, gehören ebenso zu dieser Gruppe wie Menschen mit schwersten Mehrfachbehinderungen, die innerhalb und/oder außerhalb ihrer vertrauten Lebensumgebung permanent auf Hilfe angewiesen sind. Die Betroffenen verfügen über höchst unterschiedliche Ressourcen, die sie nutzen können, um mit ihren individuellen Beeinträchtigungen umgehen zu können. Erwachsene mit psychischer Behinderung, Menschen mit geistiger Beeinträchtigung, Menschen, die taubblind sind, Kinder im Vorschulalter mit schwersten körperlichen Schädigungen, hochaltrige Menschen mit kognitiven Einbußen und viele weitere Gruppen haben jeweils einen spezifischen Hilfebedarf. Die Lebenssituation von Menschen verschiedenen Geschlechts, aber auch die lebensgeschichtlich geprägte Situation von Migrantinnen und Migranten, erfordern jeweils eine gesonderte Betrachtung.

Will man diesen Gruppen gerecht werden, so muss ihre spezifische Situation und Vulnerabilität in den Blick genommen werden. Die Vielfalt der damit verbundenen Anforderungen an die professionellen Akteurinnen und Akteure macht ein sektoren- und berufsgruppenübergreifendes Zusammenwirken notwendig, mit dem fachliche Ressourcen gebündelt und dort nutzbar gemacht werden können, wo sie benötigt werden. Kooperation hat daher im Prozess der Anpassung der Versorgung an die Bedarfslagen und Bedürfnisse der Menschen mit Behinderungen eine herausragende Bedeutung. Sie kann aber nur gelingen, wenn unter allen Beteiligten die Bereitschaft vorhanden ist, gewohnte Handlungsroutinen zu überdenken, Engagement für innovative Formen der Zusammenarbeit aufzubringen und im Zweifelsfall auch „unbürokratische“ Lösungen umzusetzen.

3. Defizitanalyse

Anders als in anderen Bereichen der Gesellschaft – z. B. im Schulwesen und in der Arbeitswelt – gibt es im Gesundheitswesen kaum Parallelstrukturen: Überwiegend werden Menschen mit Behinderungen in den gleichen Einrichtungen behandelt wie Menschen ohne Behinderungen. Dieser Umstand ist aber nicht gleichbedeutend mit Inklusion: Menschen mit Behinderungen sind auch in der Gesundheitsversorgung mit Benachteiligungen und unzureichender Bedarfs- und Leistungsgerechtigkeit konfrontiert.

Barrieren

Die Einrichtungen des Gesundheitswesens sind trotz des vorhandenen Problembewusstseins, entsprechender Zielsetzungen und -vereinbarungen und trotz verschiedener Fortschritte in den vergangenen Jahren bislang weder räumlich noch sprachlich, akustisch und optisch umfassend barrierefrei. Bisherige Maßnahmen berücksichtigen in erster Linie Menschen mit körperlichen Behinderungen, weniger jedoch Personen mit geistigen oder psychischen Behinderungen sowie Menschen mit einer Sinnesbehinderung.

Unzureichende Zielgruppen- und Nutzerorientierung

Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen berücksichtigen die Folgen körperlicher, kognitiver, psychischer und Sinnesbeeinträchtigungen für den Versorgungsalltag nicht ausreichend. Beispielsweise können Leistungen der Gesundheitsförderung und Primärprävention mitunter von Menschen mit Behinderungen nicht wahrgenommen werden.

Finanzielle Rahmenbedingungen

Die finanziellen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen erschweren Prozesse zur Sicherstellung von Inklusion. Der Druck zu Kosteneinsparungen kann beispielsweise bei der Gewährung von individuellen Hilfsmitteln ebenso spürbar werden, wie auch in Form von Hürden bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen (u.a. Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs, Leistungsanspruch auf Behandlungspflege in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe, ambulante psychiatrische Krankenpflege). Zu mittelbaren Erschwernissen führen die Begrenzungen durch Budgets oder Pauschalentgelte in der ambulanten und stationären Versorgung. Ein höherer Bedarf von Menschen mit Behinderungen wird in den Finanzierungs- und Vergütungssystemen nicht ausreichend abgebildet. Die geforderte finanzielle Eigenbeteiligung belastet Menschen mit Behinderungen wie auch chronisch Kranke relativ stärker als die Mehrzahl der Sozialversicherten, kann aber aufgrund ihrer finanziellen Lage nicht immer erbracht werden. Eine

private Zusatzversicherung (z. B. im Rahmen der Zahnbehandlung) wird behinderten und chronisch kranken Menschen in der Regel nicht gewährt.

Fragmentierung und Intransparenz des Versorgungsangebots

Die Ausdifferenzierung und Unübersichtlichkeit der Versorgungsstrukturen führt zu einem wachsenden Informations- und Beratungsbedarf bei den Leistungsberechtigten. Menschen mit Behinderungen sind besonders auf Transparenz der Angebotsstrukturen und ziel-gruppenspezifische Informations- und Beratungsangebote angewiesen, um ohne lange Suche und ohne Umwege das für sie passende Angebot zu finden.

Schnittstellenprobleme

Die bekannte Schnittstellenproblematik stellt in der Versorgung von Menschen mit Behinderungen ein großes strukturelles Hindernis dar. Da ihre Versorgung oftmals mit einem höheren Koordinations- und Abstimmungsbedarf einhergeht, treten hier Kommunikationsprobleme besonders häufig auf. Eine Koordination sektorübergreifender oder gar leistungsträgerübergreifender Versorgungsmaßnahmen findet noch zu wenig statt. Auch die oftmals notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit z.B. zwischen Pflegenden, Ärztinnen/Ärzten und Angehörigen sozialer Berufe gelingt noch nicht in ausreichendem Maße. Die für Übergangsphasen verfügbaren Versorgungsangebote wie etwa die Kurzzeitpflege werden nicht allen relevanten Personengruppen gerecht. Sie sind zum Teil auch fachlich nicht darauf eingerichtet, komplexe gesundheitliche Probleme insbesondere in postakuten Phasen wirksam aufzufangen. Schließlich stellt das nicht ausreichende Zusammenspiel der sozialen Sicherungssysteme in verschiedenen Lebens- und Versorgungssituationen eine Hürde für die bedarfsgerechte Versorgung dar.

Problembewusstsein und individuelle Kompetenzen

Standardisierte Abläufe und knappe Personalressourcen stehen in einem Spannungsverhältnis zu zeitaufwendigen, komplexen Diagnose-, Behandlungs-, Pflege- und Betreuungserfordernissen. Besonderen Bedarfskonstellationen kann daher häufig nicht vollständig Rechnung getragen werden. Dabei spielt neben institutionellen Strukturen und ökonomischen Erfordernissen auch die Frage nach dem jeweiligen Problembewusstsein und den im Einzelfall erforderlichen speziellen Kenntnissen und Fertigkeiten der in der Patientenversorgung Tätigen eine wichtige Rolle. Unsicherheiten in der Kommunikation und generell im Umgang mit Menschen mit Behinderungen beeinträchtigen die Chancen für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung. Spezifische Aus-, Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen für die Leistungserbringer fehlen oder werden nur unzureichend wahrgenommen.

Späte Reaktionen auf gesundheitliche Probleme

Menschen mit Behinderungen weisen eine erhöhte Morbidität und Mortalität auf. Die Mortalität durch vermeidbare Ursachen liegt z.B. bei Menschen mit geistiger Behinderung dreifach höher als in der allgemeinen Bevölkerung. Sie weisen außerdem überdurchschnittlich häufig eine Komorbidität auf. Dies beruht nicht allein auf behinderungsspezifischen Faktoren, sondern auch auf der (zu) späten Diagnose von in der Bevölkerung häufig auftretenden chronischen Erkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Demenz oder auch akuten Erkrankungen (z.B. Appendizitis). Mitverantwortlich hierfür sind einerseits die begrenzten oder fehlenden Möglichkeiten insbesondere von Menschen mit geistiger Behinderung, Krankheitssymptome und deren Relevanz zu deuten, andererseits das Gesundheitssystem selbst, das in weiten Teilen darauf ausgerichtet ist, dass Erkrankte von sich aus gesundheitliche Unterstützung suchen.

Spezielle Expertise und Leitlinien zur Gesundheitsversorgung

Menschen mit Behinderungen haben zum Teil spezifische Gesundheitsprobleme, die in der langfristigen Begleitung dieser Menschen über die verschiedenen Lebensphasen hinweg dauerhaft berücksichtigt werden sollten. Die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen wird jedoch in Leitlinien nur unzureichend berücksichtigt. Darüber hinaus erfordert die Vielfalt und Komplexität gesundheitlicher Problemkonstellationen bei Menschen mit Behinderungen eine besondere Expertise, die in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung nicht durchgängig verfügbar ist.

Um die geschilderten Defizite kurz-, mittel- und langfristig abzustellen, beschließt die LGK nachfolgende Handlungsempfehlungen.

4. Umsetzungsempfehlungen

4.1 Sicherstellung eines gleichberechtigten wohnortnahen Zugangs

Den besonderen Belangen von Menschen mit geistiger, körperlicher oder psychischer Behinderung sowie Sinnesbehinderung bzw. Mehrfachbehinderung ist in der Gesundheitsversorgung gezielt Rechnung zu tragen. Die geschlechts- und kulturspezifischen Anforderungen sind zu berücksichtigen. Ambulante, stationäre und teilstationäre Einrichtungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung

sowie Beratungsstellen im Gesundheitswesen gewährleisten einen umfassend barrierefreien bzw. barrierearmen Zugang für Menschen mit Behinderungen. Dabei sind alle Gegebenheiten in den Blick zu nehmen, die den Zugang zu und die gleichberechtigte Nutzung von Gesundheitsleistungen für Menschen mit Behinderungen erschweren oder verhindern.

Begründung

Ziel der Inklusion im Gesundheitswesen ist es unter anderem, die Regelstrukturen der ambulanten, stationären und teilstationären Versorgung so anzupassen, dass Menschen mit Behinderungen diese in gleicher Weise in Anspruch nehmen können wie Menschen ohne Behinderungen. Dies erfordert eine Weiterentwicklung der Strukturen und Abläufe sowie die Bereitstellung von adressatengerechter Information, Beratung und begleitender Hilfen.

Auf der Ebene der *baulichen Strukturen* liegt mit der Landesbauordnung (BauO-NRW) eine landesgesetzliche Rechtsgrundlage für den Abbau und die Beseitigung baulicher Barrieren vor. Sie schreibt vor, dass Einrichtungen des Gesundheitswesens grundsätzlich barrierefrei zu planen und auszuführen sind. Diese Verpflichtung gilt derzeit nur für Einrichtungen, die neue Räumlichkeiten beziehen oder einen genehmigungspflichtigen Umbau vornehmen. Um das Ziel einer vollständigen, zumindest aber weitgehenden baulichen Barrierefreiheit möglichst schnell zu realisieren, ist zu begrüßen, wenn auch Bestandseinrichtungen die geltenden und anerkannten Normen für barrierefreies Bauen beachten und umsetzen.

Neben baulichen Strukturen im engeren Sinne ist auch die *Ausgestaltung* der räumlichen Umgebung zu beachten. Hier kann oftmals bereits mit geringfügigen Maßnahmen eine erhebliche Verbesserung erreicht werden. Informationen und Orientierungshilfen, die über gut sichtbare und leicht erkennbare Symbole vermittelt werden, optische bzw. akustische Leit- und Unterstützungssysteme wie kontrastreiche Schilder oder Markierungen sind für Menschen mit geistiger Behinderung oder mit eingeschränktem Hör- bzw. Sehvermögen wichtige Hilfen, die im öffentlichen Raum und auch in Einrichtungen des Gesundheitswesens die Orientierung erleichtern. Auf die Broschüre „Barrieren abbauen“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wird an dieser Stelle beispielhaft verwiesen.

Die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sind gefordert, nicht nur ihre Strukturen, sondern auch ihre *Abläufe* mit Blick auf die Zielsetzung einer umfassend barrierefreien Versorgung zu überprüfen und kontinuierlich zu verbessern. Dies gilt beispielsweise für die Vergabe zeitnaher und geeigneter Termine sowie für die Vermeidung belastender Wartezeiten im Behandlungsverlauf, was für alle Menschen von Bedeutung ist.

Große Bedeutung beim Zugang von Menschen mit Behinderungen zu gesundheitlichen Leistungen kommt auch der *Kommunikation* zu, insbesondere der Information und Beratung, die beispielsweise im Rahmen einer guten Arzt-Patient-Beziehung, aber auch im Rahmen der pflegerischen Versorgung geleistet wird. Sie kann wesentlich dazu beitragen, Orientierung im komplexen System der verfügbaren Hilfen zu finden, die notwendige Motivation der Patientinnen und Patienten zu fördern sowie Zugangshürden abzubauen. In der direkten Interaktion kann auch das Verwenden von Leichter Sprache, Gebärdensprache, Schriftsprache oder Taubblindensprache (Lormen) zur Beseitigung von Kommunikationsbarrieren beitragen.

Um die informierte Wahl einer medizinischen Einrichtung zu ermöglichen und den Ansprüchen einer adäquaten medizinischen Versorgung gerecht zu werden, sollte durch *barrierefreie Informationen* der Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens eine größtmögliche Transparenz der bereits bestehenden Versorgungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen geschaffen werden. Dies gilt auch und besonders für die Informationsangebote im Internet. Um sich in den komplexen Strukturen des Gesundheitswesens zurechtzufinden und Zugang zu passenden Leistungsangeboten zu finden, bedarf ein Teil der Menschen mit Behinderungen aber der Unterstützung durch professionelle Beratungsstellen. In manchen Fällen – bei besonders komplexen Bedarfslagen – kann ein Case Management erforderlich sein, sofern diese Leistung nicht bereits durch andere Hilfesysteme (z.B. die Eingliederungshilfe) erbracht wird.

Umsetzungsempfehlungen

Die LGK vereinbart:

- Der Anteil der Einrichtungen des Gesundheitswesens, die barrierefrei erreichbar bzw. barrierefrei ausgestattet sind, wird bis 2023 spürbar und kontinuierlich erhöht. Langfristiges Ziel muss eine vollständige Barrierefreiheit von Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens sein. Zu diesem Zweck

- überprüfen bestehende Einrichtungen ihre baulichen Strukturen, räumliche Ausstattung, Informations- und Serviceangebote im Hinblick auf Zugangsbarrieren und leiten ggf. Maßnahmen zum Abbau von Barrieren ein;
 - erstellen die Träger geplanter Einrichtungen ein Konzept zur Sicherstellung von Barrierefreiheit und setzen dies bei der Inbetriebnahme neuer Einrichtungen um.
- Die bestehenden Hilfs- und Unterstützungsangebote auf kommunaler Ebene/im Quartier werden mit den ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen verzahnt. Dem Gedanken der sozialen Inklusion folgend, sollte der Aufbau von Parallelstrukturen in der Versorgung grundsätzlich vermieden werden, soweit spezialisierte Angebote für Menschen mit Behinderungen nicht aus Gründen der Versorgungsqualität erforderlich sind. Die LGK regt daher an, dass die Kommunalen Gesundheitskonferenzen die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen im jeweiligen Sozialraum auf ihre Agenda nehmen und in Abstimmung mit den Akteurinnen und Akteuren vor Ort Handlungskonzepte und Lösungen entwickeln (vgl. 4.7).

Die LGK plädiert dafür,

- wirksame Anreize für Maßnahmen zur Schaffung einer barrierefreien Umgebung in Einrichtungen des Gesundheitswesens zu setzen, beispielsweise durch Schaffung und Nutzung gezielter öffentlicher Förderinstrumente analog der Förderung von Maßnahmen zur energetischen Gebäudesanierung im Kontext der Klimaschutzpolitik. Entsprechende Maßnahmen der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser zur barrierefreien Gestaltung im Rahmen des Konjunkturpaktes II der Bundesregierung im Jahr 2010 dokumentieren die Wirksamkeit eines solchen Förderansatzes. In diesem Kontext plädiert die LGK dafür, Vereinbarungen zwischen den jeweiligen Institutionen und Organisationen behinderter Menschen über die formulierten Ziele abzuschließen.

4.2 Schaffung verlässlicher, bedarfs- und bedürfnisgerechter Strukturen

Die Institutionen sowie die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens leiten Maßnahmen ein, um verlässliche, bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgungsstrukturen herzustellen und auszubauen. Sie berücksichtigen dabei die unterschiedlichen Bedarfslagen von Menschen mit Behinderungen und prüfen die

Notwendigkeit des Ausbaus von Konsiliarsystemen und spezialisierten interdisziplinären Versorgungszentren.

Begründung

Menschen mit Behinderungen muss der Zugang zu einer fachlich fundierten, ihren individuellen Bedarfslagen und Bedürfnissen entsprechenden Gesundheitsversorgung möglich sein. Neben Barrierefreiheit sind hierzu die Beachtung spezifischer fachlicher Anforderungen, eine angemessenen Variabilität des Behandlungssettings und ein flexibler organisatorischer Rahmen erforderlich. Psychische Belastungen oder Störungen sollen berücksichtigt, hierfür relevante Möglichkeiten der Hilfe bekannt sein und konkrete Maßnahmen eingeleitet und langfristig engagiert fortgeführt werden. Werden psychische Erkrankungen und Behinderungen nicht ausreichend berücksichtigt oder eher als störend empfunden, erschwert dies den selbstverständlichen Zugang zu bedarfsgerechter Behandlung.

Charakteristisch für die Versorgung von Menschen mit Behinderungen ist häufig die Komplexität von Bedarfslagen, in der sich akute Gesundheitsprobleme und dauerhafte körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen wechselseitig beeinflussen. Dies führt zu erhöhten Anforderungen an die Pflege, medizinische Versorgung, therapeutische Behandlung und weitere Hilfen, die im Einzelfall erforderlich sein können.

Diese Anforderungen betreffen zunächst die *fachliche* Ebene, d.h. das Wissen und die Kompetenzen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, der Pflegenden, der (Psycho-)Therapeutinnen und (Psycho-)Therapeuten sowie anderer beteiligter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Im Versorgungsalltag entstehen regelmäßig Situationen, in denen spezifisches geschlechtsdifferenziertes Wissen benötigt wird. Um beispielsweise die Arzneimitteltherapiesicherheit für Patientinnen und Patienten mit Behinderung gewährleisten zu können, sind bei der Verschreibung u.a. Kenntnisse über die Metabolisierung von Medikamenten bei spezifischen Syndromen notwendig. Hier gilt es, Wissen zu generieren und dieses in einfach zugänglichen Leitlinien für die Gesundheitsversorgung festzuhalten. Auch eine verbesserte Kommunikation zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten, anderen Einrichtungen und Angehörigen ist von Bedeutung. Ein spezifisches Problem bei der medikamentösen Therapie von Menschen mit Behinderungen tritt beispielsweise bei Nutzerinnen und Nutzern von Einrichtungen der Tagesbetreuung oder Tagespflege auf, denen die Medikamente mitgegeben werden. Auf Seiten des Personals der Tageseinrichtungen besteht hier häufig Unsicherheit über die Applikation und die Vorgehensweise bei

fehlenden Medikamenten. Hier sind Regelungen zu schaffen und entsprechend zu kommunizieren. Die LGK verweist insofern auch auf ihre Entschließung zur Arzneimitteltherapiesicherheit aus dem Jahr 2012.

Daneben ist auch eine besondere ärztliche oder pflegerische Expertise erforderlich, die nicht in der Fläche der Versorgung, sondern nur mit Hilfe spezialisierter Institutionen bzw. fachlicher Expertinnen und Experten sichergestellt werden kann. Eine institutionelle Bündelung von Expertise entsprechend den Sozialpädiatrischen oder Gerontopsychiatrischen Zentren steht Menschen mit Behinderungen bislang nur vereinzelt zur Verfügung. Die Ausgestaltung solcher spezialisierter Strukturen wirft angesichts der Heterogenität der Personengruppe allerdings viele Fragen auf. Die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten für den Auf- und Ausbau spezieller fachlicher Expertise in der gesundheitlichen Versorgung in Form von Konsiliarsystemen und spezialisierten Institutionen bedarf insoweit einer besonderen Unterstützung.

Besondere Anforderungen in der Versorgung bestehen des Weiteren auf der Ebene der *Kommunikation*, die an die individuellen Möglichkeiten der jeweiligen Menschen mit Behinderungen anzupassen ist. Dies umfasst Fragen der Barrierefreiheit (Abschnitt 4.1 der vorliegenden Entschließung), die Förderung von Partizipation und Selbstbestimmung (Abschnitt 4.3) und nicht zuletzt den vorurteilsfreien und gleichberechtigten Umgang mit Menschen mit Behinderungen (Abschnitt 4.5).

Erhöhte Anforderungen stellen sich auch an die strukturellen Voraussetzungen und die Ausgestaltung der Hilfen. So muss beispielsweise sichergestellt sein, dass ggf. ein erhöhter Pflegebedarf und die Notwendigkeit einer sozialen Betreuung oder der Begleitung beim Aufsuchen von Funktionsbereichen während des Krankenhausaufenthalts berücksichtigt werden. Der Aufenthalt in stationären Versorgungseinrichtungen ist für Menschen mit Behinderungen zum Teil mit einer erheblichen psychischen und körperlichen Belastung verbunden. Die fremde Umgebung, veränderte Rollenerwartungen und das vorübergehende Fehlen von Unterstützungsmöglichkeiten, auf die im Lebensalltag zurückgegriffen werden kann, spielen in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle. Insbesondere bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder aber auch bei Sinnesbeeinträchtigungen ergeben sich Unterstützungserfordernisse, die bei anderen Patientinnen und Patienten nicht bestehen. Gleichzeitig stellt die Versorgung dieser Patientengruppen die Krankenhäuser aufgrund des erhöhten Pflege- und Zeitaufwands, der Notwendigkeit gezielterer Hilfestellungen und der teilweise mangelnden Erfahrung des ärztlichen und

pflegerischen Personals im Umgang mit dieser Personengruppe vor große Herausforderungen.

Die Möglichkeit der Begleitung durch Assistenzen in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen (zuletzt erweitert durch das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs - APBG -) hat die Versorgungssituation für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die eine Assistenzpflegekraft beschäftigen, verbessert. Sie haben im Falle einer Krankenhausbehandlung Anspruch auf zeitlich unbegrenzte Fortzahlung des Pflegegeldes und der Hilfe zur Pflege. Krankenkassen müssen nach § 11 Abs. 3 SGB V die Kosten der Mitaufnahme der Assistenzpflegekraft im Krankenhaus als extrabudgetären Zuschlag tragen. Für andere Patientengruppen existieren bislang keine vergleichbaren Regelungen.

Der Unterstützung durch Angehörige oder sonstige vertraute Personen kommt insbesondere bei Menschen mit geistigen, psychischen Beeinträchtigungen sowie Sinnesbeeinträchtigungen ein wichtiger Stellenwert zu. Sofern Betroffene sich nicht ausreichend selbst äußern können, tragen die Kenntnisse und Erfahrungen der ihnen vertrauten Personen häufig dazu bei, dass sich die behandelnden Einrichtungen frühzeitig auf besondere Erfordernisse der Versorgung einstellen können. Sie können ggf. auch dabei helfen, wirksame Unterstützung in Situationen emotionaler Überforderung zu leisten. Hilfestellungen zur räumlichen Orientierung und die Etablierung ergänzender Betreuungsangebote sind ebenfalls Möglichkeiten, einen verlässlichen und bedürfnisgerechten Rahmen für den Krankenhausaufenthalt zu schaffen.

Hinsichtlich der Anforderungen auf der Ebene der *Ablauforganisation* wird auf Abschnitt 4.1. verwiesen.

Die genannten erhöhten Anforderungen gehen häufig mit einem erhöhten sachlichen und zeitlichen Aufwand bei Diagnostik, Therapie und Pflege einher. Sowohl im DRG-System als auch in den Gebührenordnungen ist dieser Zusatzaufwand teilweise noch nicht abgebildet.

Neben den Fragen nach einer adäquaten Anpassung von Struktur- und Prozessmerkmalen der Versorgung existiert eine Vielzahl von Einzelthemen, die im Blick auf die Gewährleistung von Fachlichkeit und Qualität bedeutsam sind. Dazu gehört beispielsweise die langfristige Heilmittelversorgung. Menschen mit Behinderungen haben in der Vergangenheit immer wieder auf Probleme im Zusammenhang mit der langfristigen Verordnung

von Heilmitteln hingewiesen, Ärztinnen und Ärzte auf die in diesem Zusammenhang bestehenden Regressrisiken. Auch vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes die langfristige Genehmigung von Heilmitteln für Menschen mit schweren und dauerhaften Behinderungen erheblich erleichtert. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben 2013 erstmals bundesweite Praxisbesonderheiten und Regelungen zur Genehmigung von langfristigem Heilmittelbedarf vereinbart. Langfristige Heilmittelverordnungen für Patientinnen und Patienten mit einer im Katalog genannten Indikation unterliegen somit nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung. So kann die Behandlungskontinuität gewährleistet und der bürokratische Aufwand für die betroffenen Patientinnen und Patienten ebenso wie für die Ärztinnen und Ärzte minimiert werden. Gleichwohl bestehen noch immer Unsicherheiten bei der Ausstellung von Verordnungen.

Ein weiteres Beispiel ist der Umgang mit psychischen Folgen einer Behinderung. Das Leben mit einer Behinderung stellt besondere Anforderungen an die Betroffenen und ihre Angehörigen. Der Umgang mit diesen Anforderungen im Alltag kostet Kraft und kann zu einer erhöhten psychischen Verletzlichkeit führen. Häufige Themen in der (psycho-)therapeutischen Arbeit sind Selbstwertprobleme, Depressionen und Angst, die sich auf vielfältige Weise im Erleben und Verhalten des Einzelnen zeigen können. Schwer zu überwindende bürokratische Hürden bei komplexen Zuständigkeiten und Verantwortungen im System verursachen zusätzliche Schwierigkeiten für die Betroffenen und ihr Umfeld.

Besondere Aufmerksamkeit bedarf auch die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen, die an den Folgen von (sexueller) Gewalt leiden. Aktuelle Studien belegen, dass insbesondere Frauen mit Behinderungen alle Formen von Gewalt deutlich häufiger als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt erfahren. Von besonderer Bedeutung ist der wechselseitige Zusammenhang von (sexueller) Gewalt und gesundheitlicher Beeinträchtigung/Behinderung im Leben von Mädchen und Frauen mit Behinderungen. Sie haben nicht nur ein höheres Risiko, Opfer von Gewalt zu werden; auch umgekehrt tragen (frühere) Gewalterfahrungen im Leben der Mädchen und Frauen maßgeblich zu späteren gesundheitlichen und psychischen Beeinträchtigungen und Behinderungen bei. Auch Frauen, deren Behinderungen erst im Erwachsenenleben auftreten, sind bereits in Kindheit und Jugend einem erheblichen Ausmaß von körperlichen und vor allem psychischen Übergriffen durch Eltern und anderen Personen ausgesetzt.

Umsetzungsempfehlungen

Die LGK vereinbart:

- Die Kostenträger und Leistungserbringer schöpfen alle Möglichkeiten aus, um verlässliche, sicherheitsstiftende und bedürfnisgerechte Rahmenbedingungen für die Versorgung von Menschen mit Behinderungen zu schaffen. Sie richten ihre Bemühungen insbesondere auf
 - die Verbesserung fachlicher Konzepte und fachlicher Kompetenzen,
 - die Stärkung zielgruppengerechter Formen der Kommunikation,
 - die bedürfnisgerechte Anpassung struktureller Rahmenbedingungen,
 - die Anpassung bzw. Weiterentwicklung von Hilfen zur Unterstützung bei Belastungen und Problemen, die Menschen mit Behinderungen bei der Nutzung von Versorgungseinrichtungen zur Verfügung stehen und
 - die bedürfnisgerechte Anpassung der Ablauforganisation.

- Die Kostenträger und Leistungserbringer überprüfen bestehende Vergütungssysteme daraufhin, ob der diagnostische, therapeutische und pflegerische Mehraufwand bei der Versorgung von Menschen mit Behinderungen ausreichend berücksichtigt wird und entwickeln diese ggf. weiter.
- Die Kostenträger und Leistungserbringer fördern Optionen für den Auf- und Ausbau von Konsiliarsystemen und spezialisierten interdisziplinären Zentren zur Versorgung von Menschen mit Behinderungen.

- Die jeweiligen Fachgesellschaften werden gebeten, gemeinsam und unter Einbeziehung von Patientenorganisationen interprofessionelle Leitlinien zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen für spezifische Syndrome bzw. Erkrankungen zu entwickeln, um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu fördern.

- Die LGK begrüßt, dass der persönliche Assistenzbedarf von Menschen mit Behinderungen im Rahmen des sogenannten Arbeitgebermodells durch von ihnen beschäftigte Kräfte nunmehr auf der Grundlage bundesrechtlicher Regelungen während eines Krankenhausaufenthalts oder einer Rehabilitation gewährleistet wird. Sie spricht sich dafür aus, zu prüfen, ob vergleichbare Regelungen nicht für alle Menschen mit Behinderungen geschaffen werden können, die der persönlichen Assistenz bedürfen.

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen informieren ihre Mitglieder gezielt über Langzeitverordnungen für Menschen mit Behinderungen, um noch bestehende Unsicherheiten bezüglich dieser Verordnung zu beseitigen. Die Krankenkassen informieren ihre betroffenen Versicherten über die Möglichkeit zur langfristigen Heilmittelbehandlung und genehmigen die Anträge der Patientinnen und Patienten bei nicht gelisteten Diagnosen zügig.
- Das Land und die Kostenträger unterstützen Vorhaben der Versorgungsforschung, die sich die Beurteilung der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen zum Ziel setzen.
- Das LZG NRW prüft im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung die Erstellung eines Sonderberichts zur gesundheitlichen Versorgung behinderter Menschen, der ggf. weitere Handlungsnotwendigkeiten aufzeigt.

Die LGK spricht sich ferner dafür aus, dass

- das in NRW bereits bestehende Hilfeangebot für von (sexueller) Gewalt betroffenen Mädchen und Frauen mit Behinderungen in ausreichendem Maße zugänglich gemacht wird,
- sich die Einrichtungen bei der Weiterentwicklung von Strukturen und Abläufen an den bereits vorliegenden Empfehlungen zur Gewaltprävention bei Mädchen und Frauen mit Behinderungen orientieren,
- die Ärztevertretungen weiterhin Maßnahmen zur Verbesserung der Information über (sexuelle) Gewalt bei Mädchen und Frauen mit Behinderungen initiieren, um bestehende Unsicherheiten zu beseitigen.

4.3 Nutzerorientierung, Selbstbestimmung und Partizipation fördern

Die Institutionen sowie die Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen stärken die Nutzerorientierung im Versorgungsalltag und richten die Versorgung darauf aus, dass Menschen mit Behinderungen größtmögliche Autonomie und Selbstbestimmung wahren können. Sie verbessern durch Information und geeignete Unterstützung für Menschen mit Behinderungen die Voraussetzungen, gesundheitsbezogene Entscheidungen selbstbestimmt treffen zu können und barrierefreien Zugang zu Selbsthilfeangeboten zu erlangen. Einrichtungen und Selbsthilfe-

/Patientenorganisationen arbeiten eng zusammen, um sicherzustellen, dass die Belange von Menschen mit Behinderungen Aufmerksamkeit finden und aufgegriffen werden.

Begründung

Nutzerorientierung heißt, die Gestaltung der Versorgung von den Präferenzen, Vorstellungen und Partizipationswünschen der Leistungsberechtigten her zu konzipieren, um so ein größtmögliches Maß an Autonomie, Selbstbestimmtheit und Lebensqualität mit und trotz gesundheitlicher Einschränkung zu ermöglichen. Im Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012 (Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung) wird die Bedeutung dieses Versorgungsgrundsatzes noch einmal unterstrichen. Für Menschen mit Behinderungen kommt der Herstellung einer nutzerorientierten Versorgung besondere Bedeutung zu, da sie nicht nur in hohem Maße gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind, sondern oftmals gleichzeitig von sozialer Benachteiligung, Isolation und Armut betroffen. Dies führt zu einer ausgeprägten Problemdichte. Sie zu vermeiden oder aufzulösen ist eines der wichtigsten Ziele einer nutzerorientierten Versorgungsgestaltung.

Von großer Relevanz für eine nutzerorientierte Gestaltung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen ist eine geeignete Information der Betroffenen und ihrer Angehörigen über Rechte und Ansprüche, Finanzierungs- und Unterstützungsmöglichkeiten sowie Versorgungsmaßnahmen und Behandlungsabläufe. Dazu gehören auch Informationen zu Fragen über Diagnostik, Folgen, Risiken, Kosten und Qualität sowie des Datenschutzes und möglicher Alternativen der Behandlung.

Das Recht auf Selbstbestimmung, das mit dem aktuellen Patientenrechtegesetz bekräftigt und konkretisiert wurde, gilt auch für Menschen mit Behinderungen. Für sie müssen jedoch geeignete Vorkehrungen getroffen werden, damit sie dieses Recht auch tatsächlich wahrnehmen können. Dazu gehören der Ausbau zielgruppenspezifischer Angebote der Patienteninformation und -beratung und der internetbasierten Information. Ebenso besteht ein Bedarf an Entwicklung zielgruppengerechter Informationsmaterialien in leichter Sprache und zielgruppenspezifischer Hilfestellungen etwa für Menschen mit Seh- oder Hörbehinderungen oder für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Auch einwilligungsunfähige Patientinnen und Patienten sind laut Patientenrechtegesetz in angemessener Form an entsprechenden Entscheidungen zu beteiligen. Generell fehlt es

derzeit an Informationsmaterialien, die der Vielfalt der Gruppe der Menschen mit Behinderungen gerecht werden.

Nicht weniger wichtig ist, dass Patientenberaterinnen und -berater wie auch die Gesundheitsprofessionen über die besondere Situation und die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe hinlänglich informiert sind und ausreichende Kommunikations- und Informationskompetenz besitzen, um Menschen mit Behinderungen angemessen unterstützen sowie deren besondere Ressourcen erkennen zu können.

Für Menschen mit Behinderungen kann die Teilnahme an und Mitwirkung in Selbsthilfegruppen hilfreich sein, um besser mit gesundheitlichen Problemen umgehen und schwierige Lebenssituationen leichter bewältigen zu können. Daher ist zu prüfen, ob die bestehenden Selbsthilfestrukturen Menschen mit Behinderungen gerecht werden und eine inklusive Gestaltung der Selbsthilfe erlauben und/oder ob – angesichts der Heterogenität der Gruppe der Menschen mit Behinderungen – für bestimmte Gruppen spezifische Angebote erforderlich sind (z.B. für Menschen mit Migrationsgeschichte, fehlenden Sprach- und/oder Sehmöglichkeiten).

Nicht nur die Selbsthilfegruppen und -organisationen selbst, sondern auch andere Institutionen des Gesundheitswesens (z.B. Krankenhäuser und Arztpraxen) können den Zugang zu organisierten Formen der Selbsthilfe fördern.

Selbsthilfe- und Patientenorganisationen vertreten mittlerweile an verschiedenen Stellen im Gesundheitswesen die Interessen von Patientinnen und Patienten. Der Gesetzgeber hat an mehreren Stellen im Gesundheitswesen eine Beteiligung dieser Organisationen gesetzlich verankert. Diese gesetzlich vorgeschriebene Beteiligung der Patientinnen und Patienten hat die Mitwirkungsrechte allerdings nur bedingt gestärkt, da die überwiegend ehrenamtlichen Patientenvertretungen aus den Selbsthilfe- und Patientenorganisationen hauptamtlichen Vertretungen der Kostenträger und Leistungsanbieter sowie der Politik und Verwaltung gegenüber sitzen. Für eine qualifizierte und wirksame Patientenbeteiligung bedarf es einer entsprechenden Infrastruktur, deren Aufbau voranzutreiben ist.

Umsetzungsempfehlungen

Die LGK vereinbart:

- Die Einrichtungen des Gesundheitswesens überprüfen, inwieweit sie Menschen mit Behinderungen eine nutzerorientierte Versorgung ermöglichen, die der Betroffenheit dieser Bevölkerungsgruppe entspricht und sich zugleich dem Erhalt von Autonomie verpflichtet sieht.
- Die Gesundheitsprofessionen wirken verstärkt darauf hin, Menschen mit Behinderungen partizipativ in die Versorgungsgestaltung einzubeziehen und informierte Entscheidungsfindungen bei allen Fragen der Behandlung und Versorgung zu ermöglichen. Dazu intensivieren sie ihre Anstrengungen zur Verbesserung von Information und Transparenz.
- Versorgungseinrichtungen und Beratungsstellen entwickeln zielgruppenspezifische und nutzerfreundliche Angebote der Patienteninformation und -beratung für Menschen mit Behinderungen. Der Bereich der internetbasierten Information wird ausgebaut. Die Voraussetzungen dafür, sich zu informieren, werden insbesondere durch Formen Leichter Sprache, Gebärdensprache, Lormen oder der gestützten Kommunikation verbessert.
- Die Kostenträger und Leistungserbringer entwickeln Empfehlungen und Hilfestellungen, um die Kommunikation mit Menschen mit Sinnesschädigungen oder kognitiven Einschränkungen zu verbessern und ihnen selbstbestimmte Entscheidungen, die ihre Gesundheit betreffen, verstärkt zu ermöglichen.
- Die Organisationen der Selbsthilfe überprüfen, ob und welche Barrieren für Menschen mit Behinderungen beim Zugang zu Selbsthilfeorganisationen bestehen und wie diese beseitigt oder zumindest reduziert werden können.
- Die Institutionen des Gesundheitswesens verstärken die Kooperation mit den Organisationen der Selbsthilfe, um Menschen mit Behinderungen dabei zu unterstützen, einen Zugang zu Selbsthilfeorganisationen zu finden.

- Die Institutionen des Gesundheitswesens und die Selbsthilfe-/ Patientenorganisationen verabreden geeignete Formen der Zusammenarbeit, die den Selbsthilfe-/ Patientenorganisationen eine Mitwirkung ermöglicht.
- Die Selbsthilfe- und Patientenorganisationen werden durch die Landesregierung darin unterstützt, geeignete Modelle für ihre Infrastruktur zu finden, die die Unabhängigkeit der Patientenorganisationen gewährleisten und eine qualifizierte Patientenbeteiligung ermöglichen.

4.4 Beseitigung von Schnittstellenproblemen

Die Versorgungseinrichtungen und Kostenträger gewährleisten ein individuelles Überleitungs- und Entlassungsmanagement, das aktuellen fachlichen Standards entspricht und auch den besonderen Unterstützungsbedarf von Menschen mit Behinderungen berücksichtigt. Sie sorgen ferner für eine zeitgerechte Übermittlung von Informationen an diejenigen Einrichtungen bzw. Personen, die die weitere medizinische Behandlung und Therapie sowie die pflegerische Versorgung und sonstige Unterstützung leisten.

Begründung

Wie der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten 2012 (Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung) festgestellt hat, ist eine gute Koordination und Abstimmung an den Schnittstellen der Versorgungsbereiche eine zentrale Aufgabe für alle Einrichtungen bzw. für alle in der Versorgung Tätigen. Die Anforderung einer bedarfsgerechten Überleitung an diesen Schnittstellen betrifft grundsätzlich alle Patientinnen und Patienten. Menschen mit Behinderungen sind hier jedoch in besonderem Maße betroffen. Wissenschaftliche Studien belegen, dass Menschen mit chronischen Erkrankungen, andauernder Pflegebedürftigkeit und bleibenden Funktionseinbußen ein erhöhtes Risiko aufweisen, bei einem (vorübergehenden) Wechsel der Lebens- und Versorgungsumgebung zusätzliche gesundheitliche Komplikationen zu erleiden. Dies gilt insbesondere auch für chronische kranke Kinder. Da neben der für den Wechsel der Versorgungsumgebung verantwortlichen akuten Krankheitsepisode weitere körperliche, kognitive, psychische oder sensorische Beeinträchtigungen wirksam sind, ist ihre gesundheitliche Situ-

ation durch äußere Einflüsse in erhöhtem Maße belastet. Dazu gehören nicht zuletzt auch Beeinträchtigungen der Versorgung infolge von Planungsversäumnissen oder Kooperationsproblemen.

Es gilt daher, die Abläufe und Strukturen *allgemein* zu verbessern, da dies allen Patientinnen und Patienten – insbesondere aber auch den Menschen mit Behinderungen – zugutekommt.

Um der Lebenssituation und den Bedarfslagen von Menschen mit Behinderungen besser gerecht zu werden, müssen unter anderem die fachlichen und konzeptionellen Voraussetzungen für die Krankenhausaufnahme, für die Zeit während des Krankenhausaufenthalts sowie die anschließende Überleitung der Krankenhauspatientinnen und Krankenhauspatienten in andere Versorgungsbereiche weiterentwickelt werden. Bei der Aufnahme sollten dem Krankenhaus alle Informationen verfügbar sein, die für den Krankenhausaufenthalt und die Weiterversorgung relevant sind. Außerdem ist bereits bei der Krankenhausaufnahme der besondere Bedarf an Unterstützung beim Übergang in die poststationäre Versorgungsumgebung bzw. Lebenssituation zu prüfen und im weiteren Verfahren sicherzustellen.

Die Anforderungen an die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Weiterversorgung von Menschen mit Behinderungen nach dem Krankenhausaufenthalt werden häufig unterschätzt. Zum Teil fehlt es an Wissen und Erfahrung, um künftige Versorgungslücken rechtzeitig zu erkennen, zum Teil gelingt es auch nicht, die in ihrer Funktionsweise gänzlich unterschiedlichen Sicherungssysteme – wie beispielsweise Krankenversicherung und Eingliederungshilfe – zu einem bedarfsgerechten „Versorgungspaket“ zu bündeln.

Auch außerhalb der Krankenhausversorgung existieren in vielen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung Schnittstellenprobleme. Es bedarf generell einer besseren Vernetzung von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung mit Einrichtungen, Diensten, Beratungs- und Unterstützungsangeboten, auf die Menschen mit Behinderungen in ihrem Lebensalltag zurückgreifen können.

Im Hinblick auf die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung hat der Bundesgesetzgeber den Ländern im Rahmen des GKV-VStG das Recht eingeräumt, ein Gemeinsames Landesgremium („90a Gremium“) zu bilden. Das Gemeinsame Landesgremium in NRW hat als erste Aufgabenstellung die Optimierung des Überleitungsmanagements ambulant/stationär aufgegriffen und erste Modellprojekte initiiert. Mit dieser Wei-

terentwicklung des Einweisungs- bzw. Entlassungsmanagements sollen für Patientinnen und Patienten, für deren Angehörige, für Ärztinnen und Ärzte sowie für das Pflegepersonal deutliche Verbesserungen gegenüber dem Status Quo erreicht werden. Die Empfehlungen des jüngsten Sondergutachtens des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sind in diesem Zusammenhang richtungsweisend.

Nutzerorientierung, Selbstbestimmung und Partizipation sollten auch an dieser Stelle handlungsleitend für das Entlassungs- und Überleitungsmanagement sein. Nicht nur die Weiterleitung von Informationen an andere Versorgungseinrichtungen, sondern auch die individuelle Unterstützung in Form von Information, Anleitung und Beratung, individuelle Hilfen bei der Entscheidungsfindung, Hilfen zur Vorbereitung der Weiterversorgung und die Koordination der am Überleitungsprozess Beteiligten sind wesentliche Bestandteile eines professionellen Überleitungsmanagements.

Bei allen konkreten Schritten zur Weiterentwicklung von Strukturen und Abläufen ist die Vielfalt der Bedarfskonstellationen zu berücksichtigen, die sich bei Menschen mit Behinderungen zeigt. Im Zuge der Optimierung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements wäre beispielsweise zu prüfen, welche Personengruppen von der Weiterentwicklung profitieren und für welche anderen Gruppen eventuell besondere Lösungen gefunden werden müssen. Empfehlenswert ist, *alle* Patientengruppen mit erhöhter Vulnerabilität, insbesondere auch demenziell Erkrankte und hochaltrige Patientinnen und Patienten, als Zielgruppe bei der Optimierung von Strukturen und Prozessen in den Blick zu nehmen.

Schnittstellenprobleme sind zum Teil das Ergebnis disharmonischer Strukturen der Sicherungssysteme. Für manche Lebenssituationen von Menschen mit Behinderungen sind mitunter drei oder gar vier Sicherungssysteme zugleich relevant – etwa die Pflegeversicherung, die Eingliederungshilfe und die Krankenversicherung, ggf. auch die Rentenversicherung oder die Kinder- und Jugendhilfe. Jedes dieser Systeme folgt abweichenden Regeln der Bedarfsfeststellung, der Zuteilung von Leistungsansprüchen, der Kontrolle von Bedarfsgerechtigkeit usw. Im Zuge der angekündigten Reformen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung sollten daher unter Einbeziehung der anderen Sicherungssysteme Lösungen gefunden werden, mit denen Verfahrensvereinfachungen erreicht und Hürden, die der schnellen Realisierung bedarfsgerechter Lösungen entgegenstehen, abgebaut werden können. Dieses betrifft besonders Mütter und Väter mit Behinderungen, die auf schnell wirksame Assistenz und Unterstützung für ihre Familien angewiesen sind.

Umsetzungsempfehlungen

Die LGK vereinbart:

- Versorgungseinrichtungen und Kostenträger überprüfen ihre Strukturen und Abläufe daraufhin, ob diese geeignet sind, eine reibungslose, individuelle Überleitung von Menschen mit Behinderungen zwischen verschiedenen Versorgungsformen sicherzustellen. Sie sorgen bei Bedarf und ggf. unter Einbeziehung der Organisationen behinderter Menschen für eine Weiterentwicklung dieser Strukturen und Abläufe.
- Bei der Weiterentwicklung von Strukturen und Abläufen orientieren sich die Einrichtungen an den aktuellen fachlichen Standards und Empfehlungen.
- Die Versorgungseinrichtungen kooperieren über die Sektorengrenzen hinweg mit dem Ziel, Überleitungsprozesse zum Nutzen der Menschen mit Behinderungen und anderer Personengruppen mit dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu optimieren.
- Leistungserbringer und Kostenträger stärken den zielgerichteten Übergang Heranwachsender mit chronischen Erkrankungen von einer kindzentrierten zu einer auf Erwachsenenbedürfnissen orientierten Gesundheitsversorgung.
- Den kommunalen Gesundheitskonferenzen und/oder Pflegekonferenzen wird empfohlen, auf örtlicher Ebene Vorschläge zur Optimierung der Überleitung von vulnerablen Personengruppen, insbesondere von Menschen mit Behinderungen zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen.
- Die Mitglieder der LGK wirken im Zuge der angekündigten Reformen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung darauf hin, dass Verfahrensvereinfachungen an den Schnittstellen der Sicherungssysteme erreicht und Hürden, die einer schnellen Realisierung bedarfsgerechter Lösungen entgegenstehen, abgebaut werden.

Die LGK bittet das Gemeinsame Landesgremium,

- bei der angestrebten Optimierung des Überleitungsmanagements den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderungen umfassend Rechnung zu tragen und ihnen wirksame individuelle Hilfen bei der Überleitung verfügbar zu machen.

4.5 Qualifizierung für einen vorurteilsfreien und gleichberechtigten Umgang

Alle in der Patientenversorgung Tätigen sind durch Aus-, Weiter- und Fortbildung zu befähigen, Menschen mit Behinderungen in einer angemessenen Haltung zu begegnen und auf der Basis fundierter behinderungsspezifischer Kenntnisse die Erfahrungen und Kompetenzen ihrer Berufsgruppe in die interprofessionelle, qualifizierte und spezialisierte präventive, kurative, rehabilitative und pflegerische Gesundheitsversorgung einzubringen.

Begründung

Für die Verwirklichung von Inklusion in der gesundheitlichen Versorgung kommt es entscheidend auf das Bewusstsein und die Haltung derjenigen an, die in der Versorgung tätig sind. Das Handeln der Gesundheitsprofessionen sollte sich an den Bedürfnissen und Rechten von Menschen mit Behinderungen orientieren. Die Wahrung und Achtung von Würde und individueller Autonomie des Menschen mit Behinderung – einschließlich der Freiheit, Entscheidungen selbstbestimmt zu treffen – und der Respekt vor der Unterschiedlichkeit sollten dabei im Vordergrund stehen. Das Verständnis, dass Behinderung durch Barrieren in der Gesellschaft entsteht, ist ein weiteres Kernelement der gelebten Inklusion.

Qualifizierung muss außerdem Wissen über Behinderung einschließlich der geschlechtsspezifischen Unterschiede und kulturspezifischen Aspekte vermitteln und den Erwerb der für die Behandlung und Versorgung erforderlichen praktischen Fertigkeiten und Kompetenzen sicherstellen. In vielen Bereichen hängt der Erfolg der Qualifizierung auch davon ab, in der Aus-, Weiter- und Fortbildung den Kontakt zu Menschen mit Behinderungen zu ermöglichen und praktische Versorgungserfahrungen zu vermitteln. Praktika oder Hospitationen z.B. in Einrichtungen für Menschen mit geistiger oder psychischer Behinderung und in Einrichtungen für Pflegebedürftige können hierzu hilfreich sein.

In der ärztlichen Weiterbildungsordnung ist das Thema Inklusion/Behinderung bisher nicht als eigenständiger Schwerpunkt verankert. Allerdings ist die Vermittlung von Wissen, Fertigkeiten und Erfahrungen zum Thema Behinderung bei einer ganzen Reihe von Facharzt- und Zusatzweiterbildungen explizit erwähnt. Eine Operationalisierung in konkretisierenden Richtlinien erfolgte bisher nicht, so dass die konkrete Ausgestaltung dieser Weiterbildungsinhalte unterschiedlich sein dürfte.

Die Bundesärztekammer hat eine 50-stündige strukturierte curriculare Fortbildung zur medizinischen Betreuung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung entwickelt. Das Curriculum setzt mit etwa der Hälfte der Stundenzahl schwerpunktmäßig auf die Vermittlung von Wissen über medizinische Fragen bei verschiedenen Formen von geistiger Behinderung.

Viele Studien sprechen dafür, bei der Weiterentwicklung von Qualifizierungsangeboten vor allem den Aspekt der Kommunikation in den Mittelpunkt zu stellen. Denn eine gelungene Kommunikation ist die entscheidende Voraussetzung dafür, dass Menschen mit Behinderungen möglichst informierte und eigenständige Entscheidungen über ihre gesundheitlichen Belange treffen können. Die Weiterentwicklung der Kompetenz der Gesundheitsprofessionen, medizinische Sachverhalte in einfacher Sprache oder durch unterstützte oder nonverbale Kommunikation zu vermitteln, kommt Menschen mit und ohne Behinderungen in gleicher Weise zu Gute. Abhängig von der Art der Behinderung spielt auch die Nutzung geeigneter Informationsmaterialien eine wichtige Rolle. Ziel sollte es sein, durch spezifische Information Menschen mit Behinderungen eine assistierte Selbstbestimmung in Gesundheitsfragen zu ermöglichen.

Die Qualität der Gesundheitsversorgung hängt bei Menschen mit und ohne Behinderungen gleichermaßen wesentlich auch von der berufsgruppenübergreifenden Kooperation ab. Interprofessionelle Schulungsangebote in der Aus-, Weiter- und Fortbildung haben daher ein besonderes Potential, die Versorgung nachhaltig zu verbessern.

In Qualifizierungsmaßnahmen sollten auch die Rahmenbedingungen der Versorgung und besondere Probleme wie Arbeitsverdichtung, Zeitmangel und personelle Engpässe Beachtung finden, die eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung vielfach erschweren. Eine gute Qualifizierung sollte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter deshalb auch befähigen, sich kritisch mit diesen Rahmenbedingungen auseinanderzusetzen und gemeinsam auf Veränderungen hinzuwirken.

Unter dem Blickwinkel der Inklusion wird es in Zukunft darum gehen, das Thema Behinderung noch stärker in der Aus-, Weiter- und Fortbildung im Gesundheitswesen zu verankern. Neben der allgemeinen Qualifizierung wird es darauf ankommen, eine ausreichende Zahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit spezialisiertem Wissen und besonderen Fachkompetenzen auszustatten, damit sie in ihrem professionellen Umfeld als Multiplikatorinnen/Multiplikatoren zur Verfügung stehen.

Für den Erfolg aller Qualifizierungsmaßnahmen sind eine möglichst frühzeitige Vermittlung von Haltungen, Wissen und Kompetenzen und eine kontinuierliche Weiterführung im Sinne des lebenslangen Lernens wesentlich. Inklusion sollte deshalb schon in der Ausbildung aller Gesundheitsberufe eine wichtige Rolle spielen und in der Weiter- und Fortbildung konsequent fortgeführt werden.

Umsetzungsempfehlungen

Die LGK vereinbart:

- Die für die berufliche Weiter- und Fortbildung zuständigen Institutionen greifen die Qualifizierung der Berufsangehörigen für eine hochwertige und spezialisierte präventive, kurative und rehabilitationsmedizinische Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen als eigenständiges Handlungsfeld auf. Sie überprüfen ihre dazu bestehenden Angebote und entwickeln sie gezielt weiter. In den Inhalten sollte ausdrücklich auf die geschlechtsspezifischen Aspekte hingewiesen werden. Wesentlich ist dabei die Vermittlung
 - eines modernen Inklusionsbegriffs entsprechend der UN-BRK und einer angemessenen Haltung gegenüber Menschen mit Behinderungen,
 - fundierter Kenntnisse über die besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen und
 - der für die Versorgung erforderlichen Fertigkeiten und Kompetenzen. Besondere Bedeutung kommt dabei der Vermittlung kommunikativer Kompetenzen zu.
- Die zuständigen Institutionen verstärken ihre Bemühungen, den Berufsangehörigen im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung konkrete Erfahrungen im Kontakt zu Menschen mit Behinderungen zu ermöglichen.

- Die zuständigen Institutionen entwickeln praxisorientierte berufsgruppenübergreifende Fortbildungsangebote, die z.B. auch von Versorgungsteams in Praxen, auf Stationen oder anderen Versorgungseinheiten gemeinsam in Anspruch genommen werden können und die Besonderheiten der jeweiligen Versorgungssituation berücksichtigen.
- Die zuständigen Institutionen beziehen bei der Weiterentwicklung ihrer Angebote die Betroffenen (z.B. Selbsthilfeorganisationen) mit ein. Sie nutzen dabei u.a. auch die „Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen und Ärzte (KOSA)“ sowie das „NetzwerkBüro von Frauen und Mädchen mit Behinderung in NRW“.

Die LGK bittet die Hochschulen des Landes Nordrhein-Westfalen,

- den Themen Behinderung und Inklusion in der Ausbildung und in der Forschung stärkeres Gewicht zu verleihen und frühzeitig durch berufsgruppenübergreifende und praxisbezogene Lehrveranstaltungen aufzugreifen.

4.6 Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention

Die besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen sind im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention stärker zu beachten. Leistungserbringer und Kostenträger überprüfen vorhandene Maßnahmen auf ihre Eignung der Inanspruchnahme durch Menschen mit Behinderungen. Nach Möglichkeit werden diese Angebote entsprechend weiterentwickelt und geöffnet sowie darauf hingewirkt, dass sich Menschen mit Behinderungen als Teilnehmerinnen und Teilnehmer angesprochen fühlen können. Spezielle Konzepte und Maßnahmen, die auf den besonderen Bedarf und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen ausgerichtet sind und ihren speziellen lebensweltlichen Bedingungen entsprechen werden darüber hinaus für besondere Bedarfslagen entwickelt. Ziel ist die Vermeidung zusätzlicher Gesundheitseinbußen, das Erkennen sowie die Förderung und Nutzung von Ressourcen sowie die Verbesserung der Lebensqualität und größtmöglicher Teilhabe.

Begründung

Das aktuelle Präventionsverständnis des SGB IX basiert auf dem Denkmodell der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO, das Teilhabemöglichkeiten hohe Bedeutung beimisst. Vor diesem Hintergrund gilt es, erweiterte Präventionskonzepte zu etablieren, die sowohl auf die Verminderung bzw. Vermeidung von (zusätzlichen) Gesundheitseinbußen als auch auf die Behandlung des zugrunde liegenden Gesundheitsproblems zielen und zugleich die Verbesserung von Teilhabemöglichkeiten intendieren. Dabei sollten die verschiedenen Präventionsformen beachtet werden.

Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention sind für Menschen mit Behinderungen von gleicher Bedeutung wie für Menschen ohne Behinderungen. Zudem trägt die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils und der Nutzung vorhandener Gesundheitsressourcen zur Verbesserung der Teilhabemöglichkeiten und einer selbstbestimmten Gestaltung des Lebens bei. Allerdings ist der Zugang zur Prävention und Gesundheitsförderung für Menschen mit Behinderungen u.U. mit Hürden versehen. Zwar schließt die Forderung, sozial bedingte Ungleichheiten von Gesundheitschancen zu vermindern, auch Menschen mit Behinderungen ausdrücklich ein. Sie werden aber in aller Regel nicht explizit angesprochen und daher nicht immer ausreichend erreicht. Zudem fehlt es an zielgruppenspezifischen Konzepten der Gesundheitsförderung und Prävention und auch an entsprechenden Anspracheformen. Hier besteht Handlungsbedarf – auch um das Bewusstsein der Akteurinnen und Akteure in diesem Bereich zu verändern und sie für die Probleme von Menschen mit Behinderungen zu sensibilisieren.

Auch Früherkennungsuntersuchungen – sowohl die U-Untersuchungen im Kindes- und Jugendalter als auch die Krebsfrüherkennung und der Check-up – haben für Menschen mit Behinderungen eine ebenso große Bedeutung wie für Menschen ohne Behinderungen. Zwar ist die Studienlage in Deutschland noch unbefriedigend und wenig differenziert, doch deutet sich an, dass Menschen mit Behinderungen ein spezifisches Nutzungsverhalten haben. Zur Verbesserung der Nutzung der Angebote ist es erforderlich, die Teilnahme z.B. von Frauen mit geistiger Behinderung insbesondere seitens der Ärzteschaft, aber auch weiterer Berufsgruppen sowie der Kostenträger aktiv zu unterstützen. Hierbei ist der Aufklärung und Beratung im Bereich Sexualität und Elternschaft bei rechtlich betreuten Menschen (z.B. beim Thema Sterilisation) ein besonderer Stellenwert beizumessen.

Aufmerksamkeit verdienen auch andere schwer erreichbare Gruppen, insbesondere Familien in schwieriger sozialer Lage. Darunter sind auch Familien mit Migrationshintergrund. Aus unterschiedlichen Gründen (z.B. Bildung, kulturelle Gründe) partizipieren Menschen mit Behinderungen in diesen Familienverbänden nicht von Unterstützungsangeboten. Auch für sie bedarf es einer besseren adressatengerechten Information, einer Öffnung von Angeboten hinsichtlich ihrer inhaltlichen Ausrichtung und ggf. einer Ergänzung durch speziell zugeschnittene und kultursensible Angebote. Ferner gehören auch ältere Menschen mit Behinderungen zu den bislang zu wenig in der Gesundheitsförderung und Prävention beachteten Gruppen. Dabei sind entsprechende Maßnahmen hier von besonderer Wichtigkeit, um weitere Funktionsverluste aufzuhalten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu verzögern. Gerade diese Gruppe bedarf künftig daher größerer Aufmerksamkeit zumal sich die Studien mehren, die zeigen, dass entsprechende Maßnahmen auch im (höheren) Alter noch zu Gesundheitsgewinn und Verbesserung der Teilhabechancen führen. Und auch hier ist die Voraussetzung, dass zielgruppenspezifische Konzepte verfolgt werden, die der besonderen Situation und Vulnerabilität gerecht werden und noch vorhandene Potenziale stärken.

Geeignete Formen, mit denen Informationen für Menschen mit Behinderungen zugänglich gemacht werden können, sind im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention besonders wichtig. Anders als im Bereich von Behandlungen gibt es hier weder eine unmittelbare Notwendigkeit noch besondere Anlässe, Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch zu nehmen. Dies erklärt zum Teil auch die nicht immer zufriedenstellende Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen über alle Versichertengruppen hinweg. Deshalb ist es erforderlich, immer wieder gezielt zu informieren und für die Inanspruchnahme zu werben. Krankenkassen und Ärzteschaft haben hier eine gemeinsame Aufgabe. Um den Herausforderungen der Inklusion Rechnung zu tragen, ist ein besonderes Augenmerk auf die adressatengerechte Information zu legen.

Präventionsmaßnahmen für Menschen mit Behinderungen dürfen nicht auf verhaltensorientierte Maßnahmen beschränkt bleiben. Vielmehr sollten sie auch auf die jeweiligen sozialen, ökonomischen, organisatorischen oder auch technischen Bedingungen des Lebensumfelds der Betroffenen zielen, also Maßnahmen der Verhältnisprävention einschließen (z.B. Stärkung von Hilfpotenzialen, Umgestaltung der Arbeits- oder Wohnbedingungen, stufenweise Wiedereingliederung), denen eine sehr hohe Bedeutung für die Erhaltung und Verbesserung sozialer und gesellschaftlicher Teilhabe zukommt.

Veränderungsbedarf besteht auch auf der Ebene zentraler Vorgaben, die bundesweit wirksam sind. Dies gilt insbesondere für den „Leitfaden Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes, der für die Krankenkassen verbindlich ist, aber auch für andere Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention eine wichtige Orientierungsfunktion besitzt. Auf die Berücksichtigung der Bedarfe von Menschen mit Behinderungen wird in diesem Leitfaden bislang nicht hingewiesen.

Gesundheitsförderung und Prävention müssen künftig essentieller Bestandteil der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen sein, um so zu einer auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens geforderten „präventiven Wende“ zu gelangen.

Umsetzungsempfehlungen

Die LGK vereinbart:

- Krankenkassen, die unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen und die Akteurinnen und Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention schenken den Belangen von Menschen mit Behinderungen künftig höhere Aufmerksamkeit:
 - Sie überprüfen die vorhandenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention hinsichtlich ihrer Eignung für die Inanspruchnahme durch Menschen mit Behinderungen und verändern die Konzepte nach Möglichkeit entsprechend oder wirken auf ihre Veränderung hin. Bei Bedarf werden neue zielgruppenspezifische Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention für die unterschiedlichen Gruppen von Menschen mit Behinderungen entwickelt, erprobt und evaluiert sowie breitenwirksam umgesetzt.
 - Sie entwickeln adressatengerechte, nutzerfreundliche Informationen und Informationsmaterialien (über Früherkennungsuntersuchungen und über Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung) einschließlich entsprechender Anspracheformen und -wege. Dabei schenken sie der Vielfalt der Lebenswelten und Gruppen von Menschen mit Behinderungen besondere Beachtung.
 - Bei der Konzeptentwicklung setzen sie nicht nur auf Maßnahmen der Verhaltensprävention, sondern auch der Verhältnisprävention und beachten zudem alle relevanten Settings. Im Hinblick auf die Förderung von Teilhabe und Inklusion kommt der Verhältnisprävention und der dafür erforderlichen Zusammenarbeit mit den Akteurinnen und Akteuren aus anderen Handlungsfeldern

(z.B. dem Jugendhilfe-, Bildungs-, Arbeitsförderungs- und Altenhilfebereich) besondere Bedeutung zu.

- Die Krankenkassen in NRW wirken darauf hin, dass der GKV-Spitzenverband bei der nächsten Leitfadenanpassung dem Aspekt der Inklusion besonders Rechnung trägt und diesen Aspekt bei der Förderung von Präventionsmaßnahmen berücksichtigt.
- Die Landesregierung unterstützt Forschungsprojekte und Modellvorhaben zur Inanspruchnahme von Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung sowie zur Beseitigung von Teilhabebarrrieren in diesem Bereich.
- Krankenkassen und Ärztekammern prüfen die Umsetzung eines Projektes zur verbesserten Früherkennung bei geistig behinderten Erwachsenen. Ziel ist es, dem Auftreten von chronischen Erkrankungen durch früher einsetzende und engmaschigere Früherkennungsuntersuchungen entgegen zu wirken. Die Inanspruchnahme soll durch Einbeziehung des Settings „Einrichtungen der Behindertenhilfe“ gesteigert werden.

4.7 Unterstützung durch kommunale Gesundheitskonferenzen

Kommunale Gesundheitskonferenzen nutzen verstärkt ihre Rolle als Vernetzungs- und Koordinierungsgremien in der kommunalen Gesundheitsversorgung.

Begründung

Die kommunalen Gesundheitskonferenzen sind zentrale Vernetzungs- und Koordinierungsgremien im Gesundheitsbereich auf örtlicher Ebene. Sie führen alle gesundheitsbezogenen Akteurinnen und Akteure in der Kommune zusammen und übernehmen koordinierende Funktionen. Sie stellen zudem eine wirksame Möglichkeit der Bürgerbeteiligung an den gesundheitspolitischen Diskussionen und Handlungsnotwendigkeiten dar. Insofern verfügen die kommunalen Gesundheitskonferenzen über vernetzte Strukturen und Kooperationsbeziehungen, die in besonderer Weise dazu geeignet sind, Prozesse zur Verbesserung von Inklusion zu unterstützen – beispielsweise Probleme im Versorgungsalltag von Menschen mit Behinderungen zu erkennen, den Bedarf an struktureller Wei-

terentwicklung transparent zu machen oder quartiersbezogene Initiativen zu unterstützen.

Umsetzungsempfehlungen

Die Landesgesundheitskonferenz empfiehlt den Kommunalen Gesundheitskonferenzen dazu beizutragen,

- dass Inklusion in der Gesundheitsförderung und Prävention einen festen Stellenwert erhält. Bei der Planung und Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen ist verstärkt darauf zu achten, dass Interventionen zur Förderung der Teilhabe einen Lebensumfeldbezug besitzen und im Rahmen von Settingansätzen wie z.B. Quartiersarbeit geplant werden.
- den Zugang zu Leistungen der Gesundheitsversorgung und Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen zu verbessern. Je nach lokalem Bedarf sollten einzelne gesundheitsbezogene Handlungs- und Problemfelder aufgegriffen und im Rahmen von Arbeitsgruppen Lösungsansätze entwickelt werden.
- im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung, an der die Kommunalen Gesundheitskonferenzen mitwirken, das Querschnittsthema „Gesundheit und Behinderung“ künftig stärker zu berücksichtigen. Des Weiteren sollten bei den Schlussfolgerungen, die aus den Ergebnissen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung gezogen werden, immer auch Menschen mit Behinderungen als Zielgruppe Berücksichtigung finden und ggf. zusätzliche, inklusionsbezogene Datenerhebungen für die kommunale Gesundheitsberichterstattung durchgeführt werden.
- dass die Partizipation der unterschiedlichen Zielgruppen beim Inklusionsprozess gewährleistet wird, um auch hier die Nutzerorientierung gesundheitsbezogener Angebote kontinuierlich zu verbessern.
- über die gesundheitlichen Beeinträchtigungen als Folge von Diskriminierung und Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen aufzuklären und zu sensibilisieren.
- Informations- und Beratungsangebote für Menschen mit Behinderungen unter besonderer Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen und kultursensiblen Ansätzen zu verbessern (z.B. Wegweiser für Menschen mit Behinderungen, Beratungsstellen für

Menschen mit Behinderungen, Informationsbroschüren, Informationsveranstaltungen, Selbsthilfetage).

5. Gesundheitspreis 2014/2015

Zur flankierenden Umsetzung der EntschlieÙung vereinbart die LGK, die Ausschreibung zum Wettbewerb „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen - Innovative Projekte im Gesundheitswesen“ im Jahr 2014/2015 unter das Schwerpunktthema „Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen“ zu stellen.

Die Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ zeigt neue Ansätze der gesundheitlichen Versorgung auf, macht sie medial bekannt und vergibt Preisgelder. Herausragende Projekte werden mit dem Gesundheitspreis NRW ausgezeichnet. Dadurch werden positive Effekte für die Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen ausgelöst. Vielversprechende Projekte regen zur Nachahmung an und fördern zugleich die Entwicklung neuer, kreativer Ideen sowie die Netzwerkbildung der Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen.

6. Erfolgskontrolle/Zielüberprüfung

Die LGK vereinbart, spätestens bis zum Ende des Jahres 2015 eine erste Erfolgskontrolle der bis dahin initiierten Maßnahmen durchzuführen. Sie wird sich in 2014 schwerpunktmäßig mit der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Behinderungen, die sich in prekären Lebensverhältnissen befinden, befassen.