

Assistenz im Krankenhaus für Menschen mit Behinderung sichern – Gesundheitliche Versorgung menschenrechtskonformen gestalten – Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Drucksache 17/6581

Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 4. Dezember 2019 – Gemeinsame Stellungnahme der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben Deutschland (ISL) e.V. und des Landesverbands ISL NRW e.V.

Die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben Deutschland bzw. Nordrhein-Westfalen möchte sich zunächst für die Möglichkeit bedanken, an der Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales mitwirken und eine Sichtweise behinderter Menschen vertreten zu können.

1. Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) an ein menschenrechtskonformes Gesundheitssystem

Mit der vorbehaltlosen Unterzeichnung der UN-BRK erkennt die Bundesrepublik Deutschland unter anderem das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung an. Maßgebliche Vorschrift der UN-BRK ist neben den allgemeinen Grundsätzen der Konvention Artikel 25 (Gesundheit).

Die in der Drucksache 17/6581 angesprochenen gesundheitspolitischen Gesichtspunkte beziehen sich in erster Linie auf das System der sozialhilferechtlichen Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII), die Eingliederungshilfe (SGB IX, Teil 2) sowie das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V). Hinzu kommen Bestimmungen über das System der privaten Krankenversicherung.

Die Hilfe zur Pflege aus Mitteln der Sozialhilfe als staatliches Fürsorgeinstrument unterliegt zweifelsfrei den Bestimmungen der UN-BRK. Gleiches gilt für das Recht der Eingliederungshilfe, die sich zudem als Instrument zur Umsetzung der UN-BRK versteht.

Die Umsetzung der Vorgaben des Art. 25 UN-BRK fällt zumeist in den Zuständigkeitsbereich des Systems der gesetzlichen oder privaten Krankenkassen. Art. 25 e) schreibt vor, dass die Vertragsstaaten die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen u. a. in der Krankenversicherung verbieten. Hieraus wird deutlich, dass die Bestimmungen der UN-BRK auch für das System der Krankenversicherung in Deutschland gelten und zu beachten sind.



Die Forderung in der oben genannten Drucksache nach einer Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen und in ganz Deutschland, die mit den Vorgaben der UN-BRK konform ist, ist berechtigt und begründet. Bezogen auf die oben genannte Drucksache stehen hierbei folgende Gesichtspunkte im Vordergrund.

Gemäß Art. 25 UN-BRK erkennen die Vertragsstaaten das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung an (Art. 25 Satz 1 UN-BRK). Hierzu stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschweringliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen (Art. 25 Satz 3 Buchst. a) UN-BRK). Das Recht auf Gesundheit ist ein individuelles Menschenrecht, denn der Text der Konvention spricht in Art. 25 Satz 1 UN-BRK von einem Recht der Menschen mit Behinderung auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung.¹

Der in der UN-BRK stark ausgeprägte Schutz von Menschen mit Behinderung vor Diskriminierung bedeutet auch, dass dieser auch die Verpflichtung zur Ergreifung angemessener Vorkehrungen beinhaltet, um eine tatsächliche Gleichberechtigung von Menschen mit und ohne Behinderung herzustellen.² Auch heute noch ist nicht flächendeckend von einer Barrierefreiheit der Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung auszugehen. Indem es unterlassen wird, die notwendigen Vorkehrungen zur Schaffung von Barrierefreiheit vorzunehmen, werden Menschen mit Behinderung in der Zugänglichkeit und Nutzbarkeit dieser Einrichtungen gegenüber nichtbehinderten Menschen diskriminiert.

Des Weiteren erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität angeeignet zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung. Aus der Würde des Menschen folgt das Verbot, Menschen zu instrumentalisieren. Dies gilt auch für die Heilbehandlung und bezieht sich insbesondere auf die Einwilligung des behinderten Menschen zu Heilbehandlung nach Aufklärung.³

2. Notwendigkeit der Mitnahme persönlicher Assistenzkräfte für Menschen mit Behinderung

Menschen mit Behinderungen sind in unterschiedlicher Art und Weise auf die Mitnahme persönlicher Assistenzkräfte im Falle eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung angewiesen.

¹ Vgl. Lachwitz in: Trenk-Hinterberger, Lachwitz, Kreuz: UN-Behindertenrechtskonvention in der Praxis, Art. 25, Rn. 1.

² Vgl. Welti in: Welte, UN-Behindertenrechtskonvention, Art. 25, Rn. 4.

³ Vgl. Welti in: Welte, UN-Behindertenrechtskonvention, Art. 25, Rn. 3.



Bei Menschen, bei denen eine körperliche Beeinträchtigung im Vordergrund steht, sind es zumeist pflegerische Gesichtspunkte, die die Notwendigkeit einer solchen Mitnahme begründen. Geht es um Verrichtungen im Sinne einer Grundpflege, können die erforderlichen Assistenzleistungen durch angelernte bzw. eingewiesene Laienkräfte durchgeführt werden. Kommen Verrichtungen im Sinne der Behandlungspflege gemäß § 37 SGB V hinzu, sind diese einzelfallbezogen ganz oder teilweise durch medizinisch qualifizierte Assistenzkräfte zu erbringen.

Es liegt auf der Hand, dass der Assistenzbedarf eines körperbehinderten Menschen, der sich unter anderem auf Körperpflege, Ernährung und Mobilität sowie Ernährung bezieht, auch während eines stationären Krankenhausaufenthaltes fortbesteht. Es mag sein, dass sich der Bedarf aufgrund der dort vorzufindenden örtlichen Gegebenheiten etwa in Bezug auf Platzverhältnisse oder Barrierefreiheit in Teilbereichen anders darstellt als in der eigenen häuslichen Umgebung. Veränderungen gegenüber dem Assistenzbedarf in der häuslichen Umgebung ergeben sich auch daraus, dass während des Krankenhausaufenthalts beispielsweise bestimmte Freizeitaktivitäten nicht unternommen werden können. Es ist jedoch grundsätzlich von einem Fortbestehen des Assistenzbedarfs auszugehen. Durch die zumeist langjährige Zusammenarbeit zwischen dem einzelnen behinderten Menschen und den für ihn arbeitenden Assistenzkräften sind beide in besonderer Weise aufeinander eingespielt und eingearbeitet. Die Unterstützungen im Alltag können daher in in besonders routinierter und effektiver Weise geleistet werden, was für eine wirkungsvolle Behandlung im Krankenhaus aufgrund der dort vorzufindenden straffen Abläufe von entscheidender Bedeutung ist.

In einem eingespielten Assistenzverhältnis übernehmen Assistenzkräfte bei stark ausgeprägten Beeinträchtigungen der lautsprachlichen Artikulation die Funktion eines Dolmetschers oder einer Dolmetscherin. Sie sind mit der Lautsprache des behinderten Menschen seit Jahren vertraut und im Gegensatz zu anderen Personen in der Lage, dessen verbale Äußerungen zu verstehen und für außenstehende Personen zu übersetzen. Sie sind daher auch in diesen Bedarfslagen unverzichtbar, um die Heilbehandlung überhaupt erst zu ermöglichen, indem die notwendige lautsprachliche Kommunikation sichergestellt wird.

Wird einem körperbehinderten Menschen mit permanentem Assistenzbedarf die Assistenz im Krankenhaus vorenthalten, wird er nicht selten auf die Intensivstation verlegt, weil nur dort die notwendige kontinuierliche und intensive Pflege sichergestellt werden kann. Dies macht die geplanten Behandlungen und Therapien jedoch vielfach unmöglich. Patientinnen und Patienten der Intensivstation werden nur selten tagsüber in den Rollstuhl transferiert zumal verbleiben oftmals im Bett. Damit wären beispielsweise Therapien, Übungen und Anleitungen zur Verbesserung der Atemtechnik im Sitzen nicht möglich.



Schließlich darf auch nicht übersehen werden, dass die Verbringung und der Aufenthalt auf einer Intensivstation mit erheblichen Ängsten und Unwohlsein verbunden ist, insbesondere dann, wenn dies immer wieder passiert. Derartige emotionale Belastungen sind für die Wirksamkeit und den Erfolg der angestrebten Heilbehandlung regelmäßig sehr abträglich.

3. Unzureichende Unterstützung von Menschen mit kognitiven oder seelischen Beeinträchtigungen im Krankenhaus

Demgegenüber stehen bei Menschen mit kognitiven oder seelischen Beeinträchtigungen u. a. Aspekte der psychosozialen Begleitung und der Unterstützung bei der Kommunikation mit dem medizinischen Personal im Vordergrund. Insbesondere die Pflege von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in Krankenhäusern ist immer noch mangelhaft. Deren Situation im Klinikalltag ist geprägt durch Kommunikationsbarrieren zwischen Patientinnen und Patienten mit Behinderung und den klinischen Personal. Hinzu kommt die emotionale Situation von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die in der fremden Umgebung unter Angst und Unsicherheit leiden. Beide Phänomene stehen untereinander in Wechselwirkung und werden durch die im Krankenhaus vorzufindenden Bedingungen wie Zeit, Versorgungskontinuität, fachliche Kompetenz sowie die Einstellung behinderten Menschen gegenüber geprägt.⁴

Während das Assistenzpflegebedarfsgesetz lediglich Unterstützungsbedarfe im Sinne des Siebten Kapitel des SGB XII regelt, fehlt es bislang an einer ausreichenden Finanzierung von pädagogischen Begleitungen behinderter Menschen ins Krankenhaus. Dies gilt insbesondere für Personen mit kognitiven oder seelischen Beeinträchtigungen.

Dabei geht es insbesondere um die Sicherstellung einer adäquaten Kommunikation. Unzweifelhaft ist die Situation behinderter Menschen im Klinikalltag geprägt durch Kommunikationsbarrieren zwischen Patientinnen und Patienten auf der einen und professionellen Kräften im Krankenhaus auf der anderen Seite. Aufgrund des ausgeprägten Hilfebedarfs dieser Personengruppe und der sehr straffen Organisations- und Ablaufprozesse im Krankenhaus stellt die adäquate Betreuung dieser Gruppe behinderter Menschen mit kognitiven oder seelischen Beeinträchtigungen große Anforderungen an alle im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen, insbesondere an das Pflegepersonal.⁵ Dies beginnt bereits mit der Vorbereitung des Krankenhausaufenthalts. Oftmals werden von Betreuerinnen und Betreuern erstellte und mitgebrachte Berichte und Schilderungen der Bedarfslage und der Situation des einzelnen behinderten Menschen nicht gelesen oder angemessen berücksichtigt. Hierfür fehlt es in der Regel an der notwendigen Zeit. Es müssen die notwendigen Strukturen geschaffen werden, damit Menschen mit unterschiedlichen Kommunikationsbedürfnissen die

⁴ Vgl. Dörscheln et al: Pflege 2013; 26 (1), S. 42.

⁵ Vgl. Dörscheln et al: Pflege 2013; 26 (1), S. 43.



sie erwartenden Behandlungen, Abläufe und Situationen verstehen und sich mit ihnen auseinandersetzen können. Dies erleichtert auch die Akzeptanz dieser Dinge durch die Betroffenen verstärkt deren Recht auf Selbstbestimmung und Autonomie im Sinne einer inklusiven Gesellschaft.

Menschen mit Sinnesbeeinträchtigung haben oftmals einen Unterstützungsbedarf in beiden oben angeführten Bereichen. Unterstützungsleistungen können insoweit beispielsweise in Form einer Übersetzung in Gebärdensprache oder Ähnliches geleistet werden.

4. Unzureichendes Assistenzpflegebedarfsgesetz

Das sogenannte Assistenzpflegebedarfsgesetz ist nicht geeignet, um den Bedarf behinderter Menschen an Assistenzleistungen während eines Krankenhausaufenthalts adäquat abzudecken.

Zunächst ist zu beachten, dass sich dieses Gesetz allein auf Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel SGB XII bezieht. Bedarfe im Bereich der psychosozialen Begleitung oder der Unterstützung bei der Kommunikation werden hierbei nicht berücksichtigt. Für derartige Bedarfe fehlt es an einer vergleichbaren Regelung.

Eine weitere nicht nachvollziehbare Einschränkung liegt in der Beschränkung der Mitnahmemöglichkeit an persönlichen Assistenzkräften auf behinderte Menschen, die ihre Assistenz durch selbstbeschaffte Pflegekräfte nach dem Arbeitgebermodell organisieren. Demgegenüber wird behinderten Menschen, die die benötigte Assistenz durch einen Assistenzdienst zur Verfügung gestellt bekommen, die grundsätzliche Möglichkeit der Mitnahme einer Assistenz verweigert. Dies hat zur Folge, dass lediglich 6 % der Menschen, die mit körperlicher Beeinträchtigung und Assistenz leben, ohne Schwierigkeiten die Assistenz ins Krankenhaus mitnehmen können. In allen anderen Fällen bedarf es eines Entgegenkommens des jeweiligen Leistungsträgers oder einer zusprechenden Entscheidung eines angerufenen Sozialgerichts.

Diese Vorgehensweise ist jedoch als unzumutbar, teilweise sogar als nicht umsetzbar anzusehen. Wer beispielsweise nach einem Unfall im Alltag mit dem Rettungswagen ins Krankenhaus transportiert wird, dürfte kaum in der Lage sein, Anträge auf Fortsetzung der Assistenzleistungen auch für den Aufenthalt im Krankenhaus zu stellen und durchzusetzen. Aber selbst in den Fällen, in denen ein Krankenhausaufenthalt längerfristig geplant werden kann, ist es dem betroffenen behinderten Menschen nicht zuzumuten, sich zusätzlich zur Auseinandersetzung mit der medizinischen Situation und einem eventuell lebensbedrohlichen Krankheitsbild noch mit der Frage auseinandersetzen zu müssen, ob und wie er seine Assistenz im Krankenhaus einsetzen kann.

Gelegentlich zeigen sich Leistungsträger etwa im Persönlichen Budget bereit, für einen begrenzten Zeitraum die Kosten für die mitgenommene Assistenz im Kranken-



haus, die durch einen Assistenzdienst bereitgestellt wird, zu finanzieren, beispielsweise für vier Wochen. Eine solche Lösung ist zwar in vielen Fällen geeignet, das Problem der fehlenden Assistenz im Krankenhaus zu lösen, dies jedoch nur bei einem stationären Aufenthalt innerhalb des gesetzten zeitlichen Rahmens. Stellt sich bereits vor oder während der Krankenhausbehandlung heraus, dass der Aufenthalt über diesen zeitlichen Rahmen hinaus andauern wird, entsteht erneut eine Versorgungslücke, die entweder durch die Beantragung und Durchsetzung zusätzlicher Assistenzleistungen oder aus eigenen Mitteln geschlossen werden muss.

Insgesamt ist die Problemlage von Menschen mit Behinderung, die auf Assistenz angewiesen sind, bei der Formulierung des Assistenzpflegebedarfsgesetzes unzureichend berücksichtigt worden.

Die Beschränkung der Mitnahmemöglichkeit auf das Arbeitgebermodell wird damit begründet, dass bei einem Arbeitgebermodell eine Kontinuität der Pflege sichergestellt werden müsse. Zuvor hatte der behinderte Mensch im Falle einer Krankenhausbehandlung lediglich die Möglichkeit, seine Assistenzkräfte in einen Zwangsurlaub zu schicken oder ihnen zu kündigen. Die Möglichkeit des Zwangsurlaubs besteht naturgemäß nur in den Fällen, in denen die betroffenen Assistenzkräfte noch über genügend Resturlaub verfügen. Die Alternative bestand darin, den Assistenzkräften mit der Aufnahme in das Krankenhaus zu kündigen. Als Konsequenz wäre das Assistenzteam auseinanderfallen, der behinderte Mensch hätte nach der Entlassung aus dem Krankenhaus kein solches Assistenzteam mehr zur Verfügung gehabt und die häusliche Pflege wäre nicht mehr gesichert.

Im Gegensatz dazu wird von Seiten des Gesetzgebers davon ausgegangen, dass ein Assistenzdienst wirtschaftlich in der Lage ist, die bei ihm beschäftigten Assistenzkräfte, die er während des Krankenhausaufenthalts seiner Kundin bzw. seines Kunden nicht refinanziert bekommt, während dieser Zeit für andere Fälle einsetzen oder aus eigener Kraft durchbezahlen kann. Diese Sichtweise stimmt jedoch mit der Realität nicht überein. Insbesondere berücksichtigt sie nicht die zunehmende Individualisierung der Assistenz auch im Dienstmodell. Assistenzdienste stellen inzwischen in aller Regel für die einzelnen Kundinnen und Kunden ein festes Team von Assistenzkräften ein, welches grundsätzlich allein für diesen einen Menschen mit Behinderung eingesetzt wird. Dies hat zur Folge, dass ein anderweitiger Einsatz während der Zeit des Krankenhausaufenthalts nicht möglich ist und auch der Assistenzdienst gezwungen wäre, die vorübergehend nicht einsetzbaren Assistenzkräfte in einen Zwangsurlaub zuschicken oder zu entlassen. Somit ist die arbeitsrechtliche Problematik für einen Assistenzdienst mit der im Arbeitgebermodell vergleichbar.

Ergänzt wird diese im Bereich der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII angesiedelte Vorschrift durch eine Modifikation des § 11 Abs. 3 SGB V, wonach Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen zur Aufnahme und Unterbringung der mitgebrachten Assistenzkräfte verpflichtet werden, sofern diese Assistenz über ein



Arbeitgebermodell organisiert wird.⁶ Auch insoweit ist die Ausgrenzung von Assistenzkräften nach dem Dienstmodell nicht nachvollziehbar.

Völlig außer Acht gelassen wird zudem der Aspekt der unzureichenden pflegerischen Versorgung der betroffenen behinderten Menschen im Krankenhaus unabhängig von der Frage, ob die im Alltag vorhandene Assistenz über ein Arbeitgebermodell organisiert oder durch einen Assistenzdienst zur Verfügung gestellt wird. Diese beiden Modelle unterscheiden sich lediglich in der Frage, wer Arbeitgeber der eingesetzten Assistenzkräfte ist. Besonders deutlich wird dies durch die Tatsache, dass Menschen mit Assistenzbedarf häufig zwischen dem Arbeitgebermodell und dem Dienstmodell wechseln, und zwar in beiden Richtungen. Der zugrunde liegende Assistenzbedarf bleibt bei einem solchen Wechsel auf unverändert und spielt hierbei kaum eine Rolle. Behinderte Menschen entscheiden sich häufig für einen Assistenzdienst, weil sie erstmals mit Assistenz leben und sich die Organisation und Verantwortung eines Arbeitgebermodells noch nicht zutrauen. Später wechseln sie häufig in das Arbeitgebermodell, welches ein höheres Maß an Selbstbestimmung bietet. Umgekehrt erfolgt ein Wechsel vom Arbeitgebermodell zu einem Assistenzdienst häufig, wenn man sich die Umsetzung des Arbeitgebermodells aus unterschiedlichen Gründen nicht oder nicht mehr zutraut oder andere Prioritäten bei der persönlichen Alltagsbewältigung gesetzt werden.

Daher erscheint es nicht sachgerecht, den in beiden Assistenzmodellen grundsätzlich identischen pflegerischen Bedarf unterschiedlich zu behandeln, soweit es die Mitnahmemöglichkeit von Assistenz in ein Krankenhaus betrifft und hierbei allein auf die Organisationsform der Assistenz abzustellen. Die Schlechterstellung von Menschen mit Assistenz nach dem Dienstleistungsmodell führt zu einer schlechteren pflegerischen Versorgung, beginnend mit grundpflegerischen Hilfestellungen bis hin zur Gefährdung einer adäquaten Versorgung im Bereich Ernährung bzw. Aufnahme von Flüssigkeit. Eine solche Situation ist mit den Vorgaben des Art. 25 UN-BRK nicht vereinbar.

Für beide Assistenzmodelle gilt gleichermaßen, und dies dürfte dem Gesetzgeber auch bewusst sein, dass die besondere Pflegebedarf bei einem Krankenhausaufenthalt durch das dortige Personal nicht adäquat abgedeckt werden kann.⁷ Die Praxis hat gezeigt, dass die Pflege von Menschen mit Behinderung dort nicht in ausreichendem Maße sichergestellt ist, da das dort beschäftigte Pflegepersonal weder von der Ausbildung noch von den Kapazitäten her in der Lage ist, den besonderen, über die Leistungen der Krankenbehandlung nach § 39 SGB V hinausgehenden pflegerischen Bedarf behinderter Menschen zu decken.⁸

⁶ Vgl. RegE AssPflBedRG BT-Drs. 17/10747 S. 7.

⁷ Vgl. Kraher/Höfer in LPK-SGB-SGB XII, § 63b, Rn. 13.

⁸ Vgl. Wahrendorf in Grube/Wahrendorf, SGB XII, § 63b, Rn. 11.



Aufgrund der weitreichenden arbeitsrechtlichen Parallelen einerseits und der identischen pflegerischen Bedarfslage erscheint es nicht sachgerecht, das Arbeitgebermodell und das Modell des Assistenzdienstes bei der Frage der Mitnahme der Assistenz ins Krankenhaus ungleich zu behandeln. Hier werden Menschen mit Behinderung, die sich für einen Assistenzdienst entscheiden, in unzulässiger Weise diskriminiert.

§ 63b SGB XII muss daher genauso wie § 11 Abs. 3 SGB V in der Weise modifiziert werden, dass keine Unterscheidung mehr zwischen der Assistenz im Arbeitgebermodell und im Dienstleistungsmodell getroffen wird. Für diese Unterscheidung fehlt es an einer sachlichen Rechtfertigung.

5. Selbstzahlung bei ungeklärter oder ungenügender Assistenzversorgung im Krankenhaus

Menschen mit Behinderung, denen die Kostenübernahme für die Mitnahme einer persönlichen Assistenzkraft verweigert wird, sehen sich oftmals gezwungen, eine solche Unterstützung selbst zu finanzieren oder auf die stationäre medizinische Behandlung zu verzichten. Die sich hieraus ergebenden finanziellen Belastungen können erheblich sein, insbesondere dann, wenn der zu finanzierende Zeitraum für die Assistenzleistungen länger andauert.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Assistenzleistungen im Krankenhaus regelmäßig nur dazu dienen sollen, vorhandene Barrieren und Schwierigkeiten im Krankenhaus zu kompensieren und dem behinderten Menschen eine gleichwertige medizinische Behandlung zu ermöglichen, wie diese für Menschen ohne Behinderung als regelmäßige Leistung selbstverständlich ist. Spätestens in dem Moment, in dem der behinderte Mensch gezwungen ist, aus eigenen Mitteln Assistenzleistungen zu finanzieren, ist die Vorgabe des Art. 25 Satz 1 Buchst. a) UN-BRK, behinderten Menschen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von der selben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung zu stellen wie anderen Menschen, verletzt. Es ist von einer Diskriminierung aufgrund des Umstands der Behinderung auszugehen.

6. Schulungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Krankenhäuser bzw. Rehabilitationseinrichtungen

Schulungen für Pflegekräfte im Hinblick auf behinderungsspezifische Kenntnisse bieten Ansatzpunkte für eine Verbesserung der pflegerischen Situation von Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder schwerer Mehrfachbehinderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.⁹ Damit würde auch die Möglichkeit eröffnet, gemäß den Gedanken des Art. 8 UN-BRK das Bild von Behinderung und behinderten

⁹ Vgl. Habermann-Horstmaier, Pflege 2013, S. 16.



Menschen im Sinne der Konvention positiv zu beeinflussen. Behinderung ist somit nicht als Makel, sondern als Bestandteil gesellschaftlicher Vielfalt zu verstehen. Damit könnte die oftmals vorzufindende Wahrnehmung von Menschen mit Behinderung und ihre spezifischen Bedürfnisse als Belastung gemildert werden.

Solche Schulungen sind geeignet, die bestehenden und Kenntnisse von der Situation behinderter Menschen zu beseitigen. Die vorhandene Unkenntnis führt bei Pflegekräften oft zu Unsicherheiten oder einem von Vermeidung geprägten Verhalten bis hin zu Aggressivität gegenüber behinderten Menschen. Dem kann durch umfassende Schulungen wirksam entgegengetreten werden. Allerdings sollten diese Schulungen bereits in der grundlegenden Berufsausbildung mit einem entsprechend großen Stellenwert berücksichtigt werden, die im weiteren Verlauf der beruflichen Karriere durch entsprechende Fortbildungen zu ergänzen wären. In der Berufsausbildung ist für derartige Schulungsinhalte mehr Raum und Zeit als in späteren berufsbegleitenden Fortbildungsmaßnahmen, die in den Berufsalltag der Pflegekräfte integriert werden müssten.

7. Veränderungen der organisatorischen Rahmenbedingungen in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen

Um eine den Vorgaben des Art. 25 UN-BRK gerecht werdende medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung im Krankenhaus zu gewährleisten, müssen einige organisatorische Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen modifiziert werden. Notwendig ist insoweit insbesondere mehr Zeit für die Berücksichtigung behinderungsbedingter Bedürfnisse. Dies bezieht sich nicht allein auf pflegerische Gesichtspunkte, sondern erstreckt sich beispielsweise auch auf Kommunikation sowohl mit den Betroffenen als auch mit deren persönlichem Umfeld. Derartige zusätzliche Aufwendungen müssen sich jedoch auch in einer Modifizierung der Krankenhausvergütung widerspiegeln.

8. Grundlegender gesetzlicher Handlungsbedarf

Menschen mit Behinderung können die Leistungen und Vorzüge des Gesundheitssystems nur dann diskriminierungsfrei und in der gleichen Weise und Qualität wie Menschen ohne Behinderung genießen, wenn die Berücksichtigung ihrer behinderungsbedingten besonderen Bedürfnisse ohne weiteres, d. h. ohne zusätzliche Leistungsanträge oder gerichtliche Eilverfahren und unabhängig von der Organisationsform der Persönlichen Assistenz gewährleistet ist. Auch darf es keinen Unterschied machen, ob der einzelne behinderte Mensch in einer ambulanten Lebensformen, möglichst in einer eigenen Wohnung, lebt oder in einem stationären Setting.

Der sich ins Krankenhaus begebende behinderte Mensch muss sich bewusst und sicher sein können, dass diese spezifischen Bedürfnisse vollumfänglich berücksichtigt und abgebildet werden. Teilweise lassen sich diese Bedürfnisse bei sorgfältiger



Teilhabe- bzw. Gesamtplanung im Vorhinein antizipieren. Es wird daher angeregt, bei der Planung des Teilhabebedarfs auch ein Szenario einer stationären Heilbehandlung im Krankenhaus oder eine Rehabilitationseinrichtung zu bedenken und vollumfänglich abzubilden, damit im Falle einer stationären Aufnahme lediglich der besondere Teilhabe- oder Gesamtplan für derartige Situationen zur Anwendung gebracht werden muss.

Jeder Mensch ist aus nachvollziehbaren Gründen bestrebt, stationäre Aufenthalte im Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung zu vermeiden und verdrängt die Gedanken an eine solche Situation. Solche Aufenthalte sind jedoch nicht so fernliegend oder abwegig, als dass man gerade bei behinderten Menschen hierfür nicht bereits im Vorhinein abstrakt ein schlüssiges individuelles Unterstützungskonzept erstellen und bewilligen sollte.

Neben Veränderungen im Bereich der Organisation von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen müssen auch die einschlägigen Bestimmungen des Krankenhausrechts modifiziert werden. Zusätzlich müssen auch die individuellen Teilhabeansprüche behinderter Menschen insoweit gestärkt und erweitert werden.

Literaturangaben

Bieritz-Harder, Renate, Conradis, Wolfgang, Thie, Stephan: Sozialgesetzbuch XII – Lehr- und Praxiskommentar. 11. Aufl., Nomos Baden-Baden 2018

Dörscheln, Iris, Lachetta, Raphael, Schulz, Michael, Tacke, Doris: Pflege erwachsener Patient(inn)en mit Lern- und Körperbehinderungen im Akutkrankenhaus – ein systematisches Review, Pflege 2013; 26 (1): S. 42 – 54

Grube, Christian, Wahrendorf, Volker: SGB XII – Sozialhilfe mit Asylbewerberleistungsgesetz, 6. Aufl., C. H. Beck, München 2018

Habermann-Horstmaier, Lotte: Menschen mit geistiger Behinderung im Krankenhaus. Pflege 4.2019/72, S. 16 – 19

Kreutz, Marcus, Lachwitz, Klaus, Trenk-Hinterberger, Peter: Die UN-Behindertenrechtskonvention in der Praxis. Luchterhand Verlag, München 2012

Welke, Antje (Hrsg.): UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V., Berlin 2012