

Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland

Ein Zwischenstand

Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland

Ein Zwischenstand

Köln: GVG 2013

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung ist ohne Zustimmung der Herausgeberin unzulässig.
Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung in und Verarbeitung
durch elektronische Systeme.

© 2013 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG),
Hansaring 43, 50670 Köln

Koordination und Redaktion: Joachim Hülsmann, Daniel Reuter, GVG

Satz: www.dk-copiloten.de, Köln
Druck: Druckhaus Süd GmbH, Köln

Printed in Germany

ISBN 978-3-939260-09-7

Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland

Ein Zwischenstand

Vorwort

Das Thema Inklusion ist in den vergangenen Jahren immer stärker in das gesellschaftliche und politische Bewusstsein gerückt. Verstärkt hat sich diese Tendenz durch die Verabschiedung und Ratifizierung des 2008 in Kraft getretenen Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderung (Behindertenrechtskonvention) der Vereinten Nationen. Mittlerweile sind 128 Staaten und die Europäische Union dem völkerrechtlichen Vertrag beigetreten.

Ziel der Konvention ist es, den Vertragsstaaten einen Handlungsrahmen und Aktionsfelder aufzuzeigen, über die eine systematische Stärkung der Rechte von Menschen mit Behinderung erreicht werden kann. Dabei handelt es sich nicht um gut gemeinte Empfehlungen, sondern um eine rechtliche Verpflichtung, die aufgelegten (Mindest-)Standards im eigenen Hoheitsgebiet zu implementieren. Im Kern geht es dabei um einen Paradigmenwechsel vom Defizitmodell hin zur Bewusstmachung und Beseitigung gesellschaftlicher Barrieren, mit denen sich Menschen mit Behinderung auch in unserem Land täglich konfrontiert sehen. Eine akzeptable Ausprägung gesellschaftlicher Teilhabe ist nach dieser Lesart nur zu erreichen, wenn öffentliche und private Institutionen gemeinsam die Ziele der UN-Behindertenrechtskonvention verfolgen.

Nunmehr sechs Jahre nach ihrer Verabschiedung im Jahr 2006 bietet es sich daher an, einen differenzierten Blick auf das in Deutschland Erreichte und Unerreichte zu werfen. Zu diesem Gesamtbild soll der vorliegende Band einen Beitrag aus Perspektive der Träger der Sozialen Sicherheit leisten. Maßgebliche Verbände des Leistungserbringer- und Kostenträgerspektrums schildern in ihren Beiträgen die eigenen Strategien zur Realisierung der Rechte von Menschen mit Behinderung und zu dem nach wie vor bestehenden Handlungsbedarf im jeweiligen Handlungsraum. Die Autorinnen und Autoren vertreten Institutionen der Ärzte- und Zahnärzteschaft, der Krankenhäuser, der Gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation. Die GVG will mit dieser Publikation

einen Beitrag dazu leisten, dem Thema Umsetzung der Behindertenrechtskonvention die notwendige öffentliche Aufmerksamkeit zu geben und durch die Erfassung des Erreichten den Blick für das noch Ausstehende umso klarer hervortreten zu lassen.

Sylvia Weber, Geschäftsführerin Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.

Inhalt

Inklusion von Menschen mit Behinderung im Sinne der UN-BRK aus der Sicht der Bundesärztekammer <i>Bundesärztekammer</i>	11
Die UN-BRK: zentraler Bezugspunkt für die Arbeit der BAR und ihrer Mitglieder <i>Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation</i>	15
Die Zukunft ist inklusiv <i>Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung</i>	25
Patienten mit Behinderung im Krankenhaus – ein Beitrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft <i>Deutschen Krankenhausgesellschaft</i>	33
Inklusion: Auftrag und Aktivitäten der Rentenversicherung <i>Deutsche Rentenversicherung Bund</i>	39
Aktivitäten der GKV zur Umsetzung der UN-BRK <i>GKV-Spitzenverband</i>	49
Barrieren abbauen in der ambulanten Versorgung – Ein Zwischenbericht <i>Kassenärztliche Bundesvereinigung</i>	59
Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter <i>Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung</i>	65
UN-Behindertenrechtskonvention – was macht der vdek? <i>Verband der Ersatzkassen</i>	73
Anhang	83

Inklusion von Menschen mit Behinderung im Sinne der UN-BRK aus der Sicht der Bundesärztekammer

Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer (BÄK) ist die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung; sie vertritt die berufspolitischen Interessen aller Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland. Als Arbeitsgemeinschaft der 17 deutschen Landesärztekammern bildet sie einen Zusammenschluss von Körperschaften öffentlichen Rechts. In dieser Funktion unterstützt sie die Arbeit der Ärztekammern, wirkt aktiv am gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft mit und entwickelt Perspektiven für eine bürgernahe und verantwortungsbewusste Gesundheits- und Sozialpolitik. Der einzelne Arzt gehört der BÄK lediglich mittelbar über die Pflichtmitgliedschaft in seiner Ärztekammer an.

Vor diesem Hintergrund nimmt die BÄK folgende Möglichkeiten wahr, um den Gedanken der Inklusion von Menschen mit Behinderung in die Ärzteschaft zu tragen:

- Beratung mit Experten und Betroffenen
- Beratung in den Fachgremien der BÄK
- Erfahrungsaustausch zwischen den Landesärztekammern
- Präsentation und Diskussion im Rahmen des Deutschen Ärztetags (Hauptversammlung der BÄK, „Parlament der Ärzteschaft“)
- Qualifizierung der Ärzte im Rahmen der Weiterbildung und berufsbegleitenden ärztlichen Fortbildung
- Meinungs- und Erfahrungsaustausch in Form von öffentlichen Veranstaltungen (Tagungen etc.)
- Thematisierung im Dt. Ärzteblatt

Bereits im Vorfeld der politischen Aktivitäten zur UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK) befasste sich der 107. Deutsche Ärztetag (DÄT) 2004 mit dem Thema „Menschen mit Behinderungen“.

Im Mittelpunkt der Diskussion stand die Gleichstellung und Integration behinderter Menschen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die Stärkung der Selbsthilfe, die barrierefreie Gestaltung der Lebensbereiche sowie ein Appell an die Ärzteschaft, ihre ärztliche Tätigkeit im besonderen Maße auch auf die spezifischen Belange von behinderten Menschen auszurichten.

Leitantrag der BÄK vom DÄT 2004: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.2054.2154.2163.2164>

Nach Inkrafttreten der UN-BRK im Mai 2008 fand im gleichen Jahr ein Symposium der Bundesärztekammer in Kooperation mit der Bundesärzteschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfach Behinderung statt, das sich mit „Gesundheit und Teilhabe – Perspektiven der medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung in unserer Gesellschaft“ befasste. Die Ergebnisse dieser Tagung fanden Eingang in die Vorträge und den Leitantrag der BÄK auf dem 112. Deutschen Ärztetag 2009, der das Thema erneut aufgriff. Im Mittelpunkt der Diskussion stand diesmal eine Ursachenanalyse der Versorgungsmängel. Es bestand Konsens, dass es sich sowohl um fachliche als auch organisatorisch-strukturelle Mängel des Gesundheitssystems handelt. Um diese zu überwinden, müssen sowohl der Gesetzgeber als auch die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ihren Beitrag leisten. Der 112. DÄT setzte sich dafür ein, dass in Anlehnung an die Sozialpädiatrischen Zentren für Kinder und Jugendliche gesetzliche Grundlagen für Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger und mehrfach Behinderungen geschaffen werden. Des Weiteren wurde die Etablierung von sektorenübergreifenden regionalen Netzwerken von ambulanten und stationären Leistungserbringern gefordert. Um Ärztinnen und Ärzte, die sich in besonderer Weise für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung einsetzen, besser zu qualifizieren, sprach man sich für eine Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung in behindertenspezifischen Belangen aus.

Leitantrag der BÄK vom DÄT 2009: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.7184.7297.7298>

Zusammen mit Experten wurde daraufhin eine 50-stündige strukturierte curriculare Fortbildungsmaßnahme entwickelt, die berufsbegleitend absolviert werden kann. In dem Curriculum „Medizinische Betreuung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung“ werden Ursachen und Diagnostik von geistiger und mehrfach Behinderung vermittelt, sowie häufige Erkrankungen, spezialisierte Versorgungsformen, Hilfen und Therapien, soziale Sicherungssysteme, rechtliche Aspekte sowie die multiprofessionelle Zusammenarbeit behandelt. Einen Schwerpunkt der Fortbildungsmaßnahme stellt die Wahrnehmung von und Kommunikation sowie Interaktion mit Menschen mit geistiger und mehrfach Behinderung dar.

Strukturierte curriculare Fortbildung „Medizinische Betreuung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung“:

<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/CurrBehinderung.pdf>

Im Rahmen des Interdisziplinären Forums, der jährlich stattfindenden zentralen Fortbildungsveranstaltung der BÄK für Multiplikatoren, war die medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfach Behinderung im Jahr 2012 ein zentrales Thema. Ziel des Forums ist es, ausgesuchte, wichtige Themen für die Fortbildung von Ärzten zu präsentieren, die dann von den Verantwortlichen aufgenommen und in den Landesärztekammern regional in Form von eigenen Veranstaltungen weiter vermittelt werden.

Parallel erarbeitete die Zentrale Ethikkommission bei der BÄK eine Stellungnahme, in der beschrieben wurde, wie die UN-BRK Eingang ins Gesundheitssystem und in die ärztliche Tätigkeit finden sollte. Diese Stellungnahme wurde im Dt. Ärzteblatt veröffentlicht und somit allen Ärzten in Deutschland zugänglich gemacht.

Stellungnahme der BÄK zur UN-BRK: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/68041/Stellungnahme-der-Zentralen-Kommission-zur-Wahrung-ethischer-Grundsätze-in-der-Medizin-und-ihren-Grenzgebieten-%28Zentrale-Ethikkommission%29-bei-der-Bundesaerztekammer-Die-neue-UN-Konvention-fuer-die-Re?src=search>

Auf politischer Ebene beteiligte sich die BÄK bei der Erstellung des Nationalen Aktionsplans der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-BRK:

Nationaler Aktionsplan:

<http://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/a740-aktionsplan-bundesregierung.html>

Im gleichen Jahr schloss die BÄK eine Kooperationsvereinbarung mit „Special Olympics“ zur Unterstützung des Gesundheitsprogramms von „Healthy Athletes“:

<http://specialolympics.de/>

Am 9. September 2013 fand eine Kooperationstagung der ärztlichen und zahnärztlichen Spitzenorganisationen (BÄK, KBV, BZÄK, KZBV) statt, auf der pragmatische Initiativen und Maßnahmen für eine barrierefreie medizinische Versorgung vorgestellt und diskutiert wurden. Es war die erste gemeinsame Veranstaltung dieser vier Organisationen:

http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Barrierefreiheit_Programm.pdf

Die Ergebnisse der Kooperationstagung werden im Dt. Ärzteblatt veröffentlicht.

In Kürze richtet die BÄK auf ihrer Homepage einen Bereich ein, in dem Informationen und Dokumente zum Thema Menschen mit Behinderungen zu finden sein werden.

Die UN-BRK: zentraler Bezugspunkt für die Arbeit der BAR und ihrer Mitglieder

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Dr. Helga Seel, Geschäftsführerin

Seit dem 26. März 2009 ist die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK) geltendes Recht in Deutschland. Sie erklärt die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung, deren selbständige Lebensführung und die Inklusion behinderter Menschen zu den Grundprinzipien für das gesellschaftliche Zusammenleben. Mit dem Beitritt verpflichtet sich Deutschland, auf allen Ebenen der Verwaltung Diskriminierungen von behinderten Menschen zu vermeiden und bestehende Benachteiligungen zu beseitigen, um Menschen mit Behinderung uneingeschränkt dieselben Menschenrechte zu vermitteln, die nichtbehinderten Menschen zugeschrieben werden.

Auch für die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. und ihre Mitglieder ist die UN-BRK damit zu einer handlungsleitenden Maxime geworden, was sich in bereits vorliegenden Ergebnissen wie auch in den Perspektiven für die künftige Arbeit widerspiegelt.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. – ihre Aufgaben, ihre Mitglieder

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. wurde 1969 auf Initiative der Sozialpartner zur Sicherstellung, Gestaltung und Weiterentwicklung der Rehabilitation im Gesamtsystem der sozialen Sicherung gegründet. Sie ist die gemeinsame Repräsentanz

- der Verbände der gesetzlichen Krankenversicherung
- der Deutschen Unfallversicherung,
- der Deutschen Rentenversicherung Bund,
- der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
- der Bundesagentur für Arbeit,
- der Bundesländer,

- der Spitzenverbände der Sozialpartner,
- der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen,
- der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie
- der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.



Ziel der BAR ist es, die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen zu fördern und zu koordinieren und darauf hinzuwirken, dass die Leistungen der Rehabilitation nach gleichen Grundsätzen im Sinne von Teilhabe behinderter und chronisch kranker Menschen durchgeführt werden. Dabei kommt der kontinuierlichen inhaltlichen und strukturellen Weiterentwicklung der Rehabilitation eine besondere Bedeutung zu.

Mit Inkrafttreten der UN-BRK wurden die darin formulierten Zielsetzungen zu einer wesentlichen Grundlage für die Ausrichtung der Arbeit der BAR und ihrer Mitglieder. Als Plattform der Rehabilitationsträger und Interessenvertretung der Rehabilitation stellt die BAR insgesamt ein geeignetes gemeinsames Forum zur Umsetzung der Maßnahmen der UN-BRK für den Bereich der Rehabilitation dar.

Die zentralen Grundsätze der UN-BRK im Spiegel der Arbeit der BAR und ihrer Mitglieder

Hinter der Konvention steht ein Paradigmenwechsel: Nicht der behinderte Mensch muss sich an die Lebensverhältnisse anpassen, vielmehr müssen die Lebensbereiche so gestaltet sein, dass auch ein gesundheitlich, körperlich, sinnesorganisch oder intellektuell beeinträchtigter Mensch darin seinen selbstverständlichen Platz findet.

Der lang praktizierte Umgang mit Behinderung geht von einem Defizitmodell aus und nimmt als Ausgangspunkt die jeweilige behinderungsbedingte Beeinträchtigung. Dies allerdings sagt wenig aus über die faktischen Auswirkungen von Beeinträchtigungen auf die Teilhabe.

Die UN-BRK versteht Behinderung nicht als individuelles Schicksal, sondern als Wechselwirkung zwischen den Beeinträchtigungen behinderter Menschen und den Barrieren der Gesellschaft. Diese Barrieren zu überwinden stellt einen Grundgedanken für die Erreichung „der vollen und umfassenden Teilhabe an allen Aspekten des Lebens“ dar, wie es Artikel 26 der UN-BRK „Habilitation und Rehabilitation“ formuliert.

Artikel 26 hat eine besondere Bedeutung für die Arbeit der BAR und die Rehabilitationsträger. Sie stellen sich der Aufgabe, derzeit noch bestehende gesellschaftliche und umweltbezogene Barrieren weiter abzubauen und die Inhalte der UN-BRK in ihrem Einfluss-/ Handlungsbereich umzusetzen. Die Rehabilitationsleistungen inhaltlich wie auch vom Verfahren der Leistungserbringung so zu gestalten, dass sie die Anforderungen nach Personenzentrierung, Ganzheitlichkeit, Individualisierung und Flexibilität erfüllen, sind ganz konkrete Herausforderungen.

Den Leistungsträgern sind sowohl trägerspezifische wie auch trägerübergreifende Aufgaben und Ziele zugewiesen. Auf Ebene der BAR stehen die trägerübergreifenden Aspekte im Mittelpunkt. So bildet der in 2012 auf Ebene der BAR vorgelegte Maßnahmenkatalog zur Umsetzung der UN-BRK die trägerübergreifenden Maßnahmen ab, die sich auf gemeinsame Zielsetzungen beziehen. Der Schwerpunkt liegt auf ausgewählten Handlungsfeldern, in denen die Ziele der UN-BRK und die Weiterentwicklung von Maßnahmen zur Umsetzung aufgegriffen und deren Erreichung vorangetrieben werden. Die Rehabilitationsträger knüpfen dabei an bereits mit Einführung des SGB IX erfolgte Aktivitäten an, die seither zur Verbesserung von Rehabilitation und Teilhabe sowohl auf Ebene der BAR als auch bei den einzelnen Rehabilitationsträgern durchgeführt werden.

Ausgewählte Handlungsfelder

Einen wichtigen Auftakt stellte der Workshop: „UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung – Was können wir tun? Umsetzung Artikel 26 „Habilitation und Rehabilitation“ dar, der gleichzeitig den Auftakt zu mehreren Fachgesprächen der BAR zu rehabilitationsrechtlichen und sozialpolitischen Fragen bildete.

Im Juni 2012 haben die Mitglieder der BAR die Broschüre „Maßnahmen der Rehabilitationsträger zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung im Bereich Rehabilitation“* veröffentlicht und befassen sich darin mit der Frage, wie sie die zentralen Grundsätze der UN-BRK, Inklusion, Selbstbestimmung und Teilhabe, fördern und umsetzen können. Der erarbeitete Maßnahmenkatalog fokussiert auf drei Handlungsfeldern:

- Bewusstseinsbildung
- Barrierefreiheit
- Internationale Kooperation und Erfahrungsaustausch, insbesondere auf europäischer Ebene.

Die Erarbeitung orientierte sich an den Vorgaben der deutschen Monitoring-Stelle zur Umsetzung der UN-BRK. Auch die Inhalte des Nationalen Aktionsplanes des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wurden berücksichtigt. Die vereinbarten Maßnahmen verstehen sich als Prozess und sind so angelegt, dass die ausgewählten Handlungsfelder für den Bereich der Rehabilitation und Teilhabe kontinuierlich weiterentwickelt werden.

■ Bewusstseinsbildung

Artikel 8 UN-BRK verpflichtet die Vertragsstaaten, sofortige wirksame und geeignete Maßnahmen zur „Bewusstseinsbildung“ zu ergreifen. Hierdurch sollen vor allem Vorurteile gegenüber Menschen mit Behinderung („mentale Barrieren“) bekämpft und das Bewusstsein für die Fähigkeiten und den Beitrag von Menschen für Behinderung befördert werden.

Sowohl die BAR als auch die Mitglieder der BAR in ihrem Verantwortungsbereich verfolgen das Ziel, das Bewusstsein für die Anliegen, die Fähigkeiten und Fertigkeiten behinderter Menschen zu fördern und das an Defiziten orientierte Denken zu überwinden.

Informieren – sensibilisieren – fortbilden

Die Information über die Ziele der UN-BRK, die Sensibilisierung für die Belange behinderter Menschen und die Vermittlung dessen, was eine inklusive Gesellschaft ausmacht, sind feste Bestandteile des Fort- und Weiterbildungsangebots, der Aufklärungsmaßnahmen wie auch der Öffentlichkeitsarbeit der BAR und ihrer Mitglieder.

Zielgruppen sind zum einen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rehabilitationsträger: Das an sie gerichtete Informationsangebot der BAR sowie die Handlungsempfehlungen und Arbeitshilfen umfassen immer auch die UN-BRK als wichtigen Bezugspunkt. Weitere Zielgruppen sind neben den Mitgliedern Kooperationspartner der BAR wie die Leistungserbringer, Ärztinnen und Ärzte und Arbeitgeber, mit denen zum Beispiel in Fachgesprächen die Auseinandersetzung mit den Zielen der UN-BRK gesucht wird und Wege der Zielerreichung erarbeitet werden.

Sowohl in der Beratung als auch in der Entwicklung von Rehabilitationsmaßnahmen spiegelt sich das Verständnis dessen, was die UN-BRK erreichen will und vorschreibt wider. Im Sinne der UN-BRK die Rechte behinderter Menschen zu kennen, ihre Bedürfnisse zu erfassen können und ihre Fähigkeiten zu sehen sind Grundvoraussetzungen, die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Akteure im Bereich von Rehabilitation und Teilhabe erwartet werden. Um dies zu erreichen, sind Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen unverzichtbar. Auf Ebene der BAR wurden zu diesem Zweck mit den trägerübergreifenden Fortbildungsseminaren, den Schulungen für die Gemeinsamen Servicestellen sowie dem Curriculum für die SGB II-Träger Konzepte entwickelt und umgesetzt, welche die Beraterinnen und Berater vor Ort unterstützen.

Partizipation und Netzwerkarbeit

Gerade um das Bewusstsein für Inklusion und Teilhabe zu schärfen und die Sensibilität für die Bedürfnisse behinderter Menschen zu erhöhen, um ihre Belange erfahrbar zu machen, werden Menschen mit Behinderung und ihre Verbände in die Arbeit der BAR nicht nur in die Konzeptionierung von Fort- und Weiterbildungsangeboten einbezogen, sondern auch in die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung des Angebots an Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe sowie Fragen der Umsetzung.

Insgesamt spielen für die BAR und ihre Mitglieder gut ausgebaute Netzwerkstrukturen zu den unterschiedlichen Akteursgruppen der Rehabilitation heute eine noch viel größere Rolle. Über diverse Gremien, zu denen zwei Sachverständigenräte und eine Arbeitsgruppe zur barrierefreien Umweltgestaltung gehören, ist die BAR auch mit den Leistungserbringern und ebenso mit den Behindertenverbänden hervorragend vernetzt. Zudem pflegt sie regelmäßigen Austausch mit den Beauftragten der Bundesregierung und der Länder für die Belange behinderter Menschen, um auch auf diesem Wege sicherzustellen, dass nicht Annahmen darüber, was behinderten Menschen im Sinne von Teilhabe wichtig ist, in die Ergebnisse einfließen, sondern Partizipation tatsächlich gelebt wird.

■ Barrierefreiheit

Der Aspekt „Barrierefreiheit“ wird in den Artikeln 9 „Zugänglichkeit“ und 20 „Persönliche Mobilität“ der UN-BRK aufgegriffen. Die UN-BRK thematisiert nicht nur mentale Barrieren sondern auch Barrieren aus dem Bereich der Umwelt, z.B. in Bezug auf Transportmittel, Informationen, Kommunikation und Dienste. Sie verpflichtet dazu, Barrieren systematisch zu identifizieren, die Menschen mit Behinderung eine selbständige Lebensführung und eine volle Teilhabe am Leben der Gemeinschaft versperren, und diese schrittweise, aber konsequent abzubauen.

Dass Menschen mit Behinderung einen gleichberechtigten Zugang zu Transportmitteln, zu Information und Kommunikation einschließlich der erforderlichen Technologien und Systeme sowie zu allen öffentlichen Diensten und Einrichtungen haben, ist eine wesentliche Voraussetzung für eine inklusive Gesellschaft und stellt deshalb eine weitere Kernforderung der UN-BRK dar.

Bereits viele Jahre vor Inkrafttreten der UN-BRK haben sich die Rehabilitationsträger auf Ebene der BAR mit der umfassenden Barrierefreiheit als einem Kernelement und wesentlicher Gelingensbedingung für Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter Menschen an allen Lebensbereichen befasst. Die BAR-Arbeitsgruppe „Barrierefreie Umweltgestaltung“ setzt sich bereits seit 1982 für den Ausbau einer barrierefreien Umwelt ein. In den ersten Jahren konzentrierten sich die Aktivitäten der Arbeitsgruppe auf Fragen des barrierefreien Verkehrs, insbesondere der Förderung des behindertengerechten öffentlichen Personenverkehrs, um hier Bedingungen zu schaffen, die den in ihrer Mobilität eingeschränkten Menschen einen barrierefreien Zugang zu allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens ermöglichen. In der Folgezeit kamen als weitere Themenfelder die Bereiche Bauen und Wohnen sowie Arbeit und Freizeit und schließlich der Bereich der Informationstechnologie hinzu. Die Arbeitsgruppe gab ferner Hinweise und Empfehlungen bezüglich der Anforderungen an ein barrierefreies Internetangebot.

Ein Meilenstein stellt die Herausgabe der Publikation „Die 10 Gebote der Barrierefreiheit – Barrierefreiheit in 10 Kernpunkten“* dar, die inzwischen

sogar international angefragt wird und auch in leichter Sprache zur Verfügung steht.

Barrierefreie Information bedeutet auch die Formulierung von Veröffentlichungen in angemessener Sprache. Die BAR hat zunächst einen Flyer in leichter Sprache veröffentlicht und widmet sich nun der Erarbeitung einer Version in leichter Sprache des Standardwerks „Wegweiser – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“.

■ Internationale Kooperation

Die BAR hat den Dialog zu anderen europäischen Ländern aufgenommen und nutzt ihre Kontakte zum Weltverband „Rehabilitation International“, bei dem die BAR Mitglied ist sowie zum Forum der europäischen Sozialversicherung „European Social Insurance Platform“ und zum „European Disability Forum“. Im Sinne des Voneinander-Lernens geht es um den Austausch zu zentralen Aspekten der UN-BRK, um in anderen Ländern erprobte Modelle kennenzulernen und auf ihre Übertragbarkeit zu überprüfen. Ebenso geht es um die Vermittlung der in Deutschland praktizierten Konzepte in andere Länder, die die UN-BRK umsetzen.

Ausblick – Perspektiven

Die UN-BRK, der sich die Rehabilitationsträger und die BAR als ihr Dachverband verpflichtet wissen, formuliert Erwartungen, deren Erreichung einen Prozess erfordert, der angestoßen ist, der auch bereits Wirkungen zeigt, aber sicherlich noch vieler Anstrengungen bedarf.

Gesetzliche Vorschriften sind „nur“ die eine Seite der Medaille – entscheidend ist – und das ist die andere Seite der Medaille, dass die damit vorgegebenen Ziele und die damit verbundenen Werte von den maßgeblichen Akteuren verinnerlicht und auch tatsächlich gelebt werden. Ob und wie gut dies gelingt, darüber entscheiden letzten Endes in erster Linie die behinderten Menschen selbst, die ihrerseits auch gefordert sind, die Entwicklung mitzugestalten.

Rehabilitation gewinnt weiterhin an Bedeutung: demografischer Wandel, älter werdende Gesellschaft, Rente mit 67 sind Entwicklungen, für deren Bewältigung die Leistungen der Rehabilitation immer wichtiger werden. Dies spiegelt sich auch im Orientierungsrahmen 2013 bis 2015*, der Arbeitsgrundlage der BAR für die kommenden drei Jahre, deutlich wider. Die hierin festgeschriebenen Projekte und kontinuierlichen Aufgaben sind vier Bezugspunkten zugeordnet: neben dem SBG IX, RehaFutur und ökonomischen Aspekten ist dies die UN-BRK. Die Zielstellung lautet: den Maßnahmenkatalog der Rehabilitationsträger umsetzen und weitere Aktivitäten für mehr Inklusion initiieren. Sie wird vervollständigt durch die konsequente und konkrete Einbeziehung der Anforderungen der UN-BRK an Rehabilitation und Teilhabe in alle Vorhaben auf Ebene der BAR.

Die Umsetzung der Ziele der UN-BRK geht alle an und wird auch nur dann erfolgreich sein, wenn sich alle Akteure ihrer Verantwortung bewusst sind und aktiv mitwirken.

* Der „Orientierungsrahmen für die Arbeit der BAR 2013 bis 2015“, die „Maßnahmen der Rehabilitationsträger zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung im Bereich Rehabilitation“ sowie die „10 Gebote der Barrierefreiheit – Barrierefreiheit in 10 Kernpunkten“ können auf der Homepage www.bar-frankfurt.de heruntergeladen werden.

Die Zukunft ist inklusiv

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung und ihr Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung

Vor mehr als 125 Jahren wurde die gesetzliche Unfallversicherung in Deutschland gegründet, um Menschen bei ihrer Arbeit Schutz und Absicherung zu gewährleisten. Ihre Gesundheit sollte nicht durch schlechte oder gefährliche Arbeitsbedingungen beeinträchtigt werden und sie sollten nach einem Arbeitsunfall oder einer berufsbedingten Erkrankung nicht länger in einen finanziellen Abgrund stürzen.

Prävention, Rehabilitation und Entschädigung, das waren und sind die wichtigsten Aufgaben von Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, die zusammen mit ihrem Spitzenverband, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), die gesetzliche Unfallversicherung in Deutschland bilden. Heute sind nicht nur Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gesetzlich unfallversichert. Rund 75 Millionen Menschen in Deutschland, darunter auch Schüler und Schülerinnen, Kita-Kinder und viele ehrenamtlich Tätige, genießen Versicherungsschutz gegen Unfall- und Gesundheitsrisiken bei der Arbeit, in Bildungseinrichtungen und im Ehrenamt.

Die gesetzliche Unfallversicherung hat ihr Aufgabenspektrum erweitert und sich weiter entwickelt, so wie auch die Gesellschaft und insbesondere die Arbeitswelt sich in einem Prozess ständigen Wandels befinden. Das Leitmotiv der gesetzlichen Unfallversicherung aber hat sich durch ihre lange Geschichte hinweg erhalten: „Im Mittelpunkt steht der Mensch.“ Für Berufsgenossenschaften und Unfallkassen heißt das auf der einen Seite: Alles dafür tun, damit Unfälle und Berufskrankheiten verhindert werden. Und auf der anderen Seite: Wenn doch etwas passiert, mit „allen geeigneten Mitteln“ dafür sorgen, dass die Versicherten wieder in ihren Alltag, in ihr Berufs- oder Schulleben zurückkehren können.

Nachhaltiger Beitrag

In Artikel eins der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK) heißt es: „Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern.“ Dieses Anliegen korrespondiert mit dem Leitmotiv der Unfallversicherung. Deshalb fühlten sich die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung – insbesondere vor dem Hintergrund des Nationalen Aktionsplans der Bundesregierung – aufgerufen zu handeln. Mit Hilfe eines eigenen Aktionsplans zur Umsetzung der UN-BRK wollen sie ihre Dienstleistungen an den Maßstäben der UN-BRK orientieren. Dazu gehört selbstverständlich auch, als Arbeitgeber von rund 20.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern inklusiv zu denken und zu handeln.

Dazu Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer der DGUV: „Mit unserem Aktionsplan wollen wir einen nachhaltigen Beitrag zu einer inklusiven Gesellschaft leisten. Deshalb engagieren wir uns für die größtmögliche Teilhabe behinderter Menschen an der Gesellschaft. Auf diesem Weg soll der Aktionsplan alle Gliederungen und Mitarbeiter der Unfallversicherung, aber auch unsere Partner zum Mitmachen bewegen.“

Am 29. November 2011 hat der Vorstand der DGUV den Aktionsplan einstimmig beschlossen. Vorangegangen war ein breit angelegter Meinungsaustausch, den das Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW) zusammen mit der DGUV organisierte. Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, ihre Institute und Kliniken waren zum Stand der Umsetzung der UN-BRK in ihren Häusern befragt und um Vorschläge für Aktionen und Maßnahmen gebeten worden. Die Reaktionen waren vielfältig, ermutigend und sehr unterschiedlich. Es gab bereits gute Beispiele und Projekte zur Umsetzung der UN-BRK, es war aber auch kein Mangel an Ideen zur Verbesserung bestehender Strukturen.

Diese Ideen trafen in einem Workshop auf die Einschätzungen von Sozial- und Behindertenverbänden und von Leistungserbringern. Gemeinsam wurden

die Vorschläge aus der Unfallversicherung diskutiert und gefiltert. An dem gesamten Entwicklungsprozess des Aktionsplans war zudem von Anfang an auch ein Partizipationsbeirat aus Menschen mit Behinderung beteiligt – ganz nach dem Motto „nichts über uns ohne uns“.

Handlungsfelder, Ziele, Maßnahmen

In dieser Diskussion kristallisierten sich insgesamt 73 Aktionen und Maßnahmen heraus, die das Herzstück des Aktionsplans darstellen. Bei einigen dieser Maßnahmen handelt es sich um zeitlich begrenzte Projekte, mit anderen werden längere Prozesse angestoßen. Und mit manchen Maßnahmen betritt die gesetzliche Unfallversicherung Neuland. So gab es zuvor noch keine Publikation in leichter Sprache. An einigen Stellen müssen auch erst Konzepte entwickelt werden, an anderen lässt sich an bereits existierende Strukturen anknüpfen.

Die 73 Aktionen und Maßnahmen sind in fünf Handlungsfelder aufgeteilt:

- 1. Bewusstseinsbildung
- 2. Barrierefreiheit
- 3. Partizipation
- 4. Individualisierung und Vielfalt
- 5. Lebensräume und Inklusion

Diese Handlungsfelder decken einerseits wesentliche Ziele der UN-Behindertenrechtskonvention ab, andererseits bieten sie eine Strategie, über die einzelnen Tätigkeitsbereiche der Unfallversicherung – Prävention, Rehabilitation, Entschädigung, Kommunikation – hinweg zu denken.

Jedem Handlungsfeld wurden zwei bis drei Ziele zugeordnet, die sich die gesetzliche Unfallversicherung selbst setzt. Was aber nicht heißt, dass sie alle Ziele allein erreichen kann. Immer wieder wird sie sich Partner und Verbündete suchen müssen, um mit ihnen zusammen ihre Vorhaben zu verwirklichen. Den insgesamt zwölf Zielen sind einzelne Aktionen und Maßnahmen zugeordnet. Ein Beispiel:

Handlungsfeld 1: Bewusstseinsbildung

Ziel 1: Die Inhalte und Ziele der UN-Behindertenrechtskonvention werden von der gesetzlichen Unfallversicherung in allen Organisationsbereichen vermittelt, sowohl für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch für die Einrichtungen und Partner.

Ziel 2: Menschen mit Behinderung werden in der Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation mit der größtmöglichen Selbstverständlichkeit dargestellt.

Ziel 1 konkretisiert sich in fünf Maßnahmen. Darunter zum Beispiel die Absicht, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die Inhalte der UN-BRK zu informieren oder die Absicht neue Informations- und Schulungsmaterialien zu entwickeln, die sich an den Zielen der UN-BRK orientieren. Ziel 2 umfasst neun Maßnahmen, darunter zum Beispiel die Absicht, das Gedankengut der UN-BRK künftig in allen Kommunikations- und Präventionskampagnen zu berücksichtigen.

Der Maßnahmen-Katalog ist ehrgeizig gefasst. Bei der Umsetzung werden deshalb Prioritäten gesetzt und es wird berücksichtigt, dass die Ausgangslagen in den verschiedenen Gliederungen der gesetzlichen Unfallversicherung sehr unterschiedlich sein können. Trotz der für alle geltenden Verbindlichkeit des Aktionsplans ist es deshalb möglich, dass nicht alle Maßnahmen für alle Akteure in der Unfallversicherung gleich geeignet sind.

Die konkrete Umsetzung

Verschiedene Führungsgremien der DGUV haben deshalb die einzelnen Maßnahmen priorisiert und festgelegt, wie sie umgesetzt werden sollen. Die Ergebnisse sind in Formblättern festgehalten, die im Lenkungsteam des Aktionsplans zusammenlaufen und kontinuierlich überprüft werden. Dort wird der Entscheidungsprozess weiter koordiniert, um ein übergreifendes Denken und Handeln sicher zu stellen.

Die Formblätter enthalten Angaben zur Finanzierung, den Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten, zu internen und externen Partnern, den Status

der Bearbeitung und gegebenenfalls den Bezug zum Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung. Viele Maßnahmen können direkt innerhalb der Unfallversicherung umgesetzt werden. Für andere benötigt man Partner auf nationaler, regionaler oder betrieblicher Ebene. Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang die Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Die Idee einer inklusiven Arbeitswelt kann und soll zudem nur gemeinsam mit den Sozialpartnern in den Betrieben auf den Weg gebracht werden.

Seit Januar 2012 läuft die Umsetzungsphase. Sie währt bis Ende 2014, denn der Aktionsplan ist zunächst auf drei Jahre ausgerichtet. Diese im Vergleich zum Nationalen Aktionsplan (zehn Jahre) kurze Zeitspanne soll sicherstellen, dass die Maßnahmen in einem möglichst übersichtlichen Zeitraum umfassend realisiert werden. Eine begleitende Evaluation, die in jährlichem Rhythmus Statusabfragen durchführt, garantiert, dass am Ende der Dreijahresfrist eine realistische Einschätzung über den Grad der Umsetzung möglich sein wird. Geplant ist, den Aktionsplan auf der Basis dieser Ergebnisse fortzuschreiben.

Ausblick

„Die Umsetzung des Aktionsplans ist eine Querschnittsaufgabe. Sie kann nur gelingen, wenn möglichst viele Menschen aus unterschiedlichen Bereichen zusammenarbeiten. Das ist Herausforderung und Chance zugleich“, sagt Dr. Friedrich Mehrhoff, der das Projekt UV-Aktionsplan UN-BRK für die DGUV leitet: „Erste Umsetzungsbeispiele aus den verschiedenen Gliederungen und Gremien der Unfallversicherung zeigen aber, dass sich erfreulich viel bewegt.“

Dazu einige Beispiele: Noch im Jahr 2013 soll zum Thema Barrierefreiheit ein Leitfaden herausgegeben werden, mit dem Arbeitsplätze auf Barrierefreiheit geprüft werden können. Eine Orientierungshilfe für den Abbau von Barrieren bei Veranstaltungen ist bereits fertig. Mehrere Publikationen in leichter Sprache, einschließlich eines Glossars mit Bildern speziell für die Themen der gesetzlichen Unfallversicherung, sind in der Entwicklung. Es gibt Seminare zu wichtigen Aspekten der UN-BRK für verschiedene Zielgruppen wie Reha-

Manager, Berufshelfer und D-Ärzte. An zwei berufsgenossenschaftlichen Kliniken wurden Pilotprojekte zum Einsatz von Peers eingerichtet: Menschen mit Amputationen beraten dort frisch operierte Versicherte, die nach einem Arbeitsunfall in einer vergleichbaren Situation sind.

Grundlegend für alle Einzelmaßnahmen ist die große Aufgabe der Bewusstseinsbildung. Was muss sich verändern, um tatsächlich einer inklusiven Gesellschaft näher zu kommen? Um das Thema einem möglichst breiten Publikum nahe zu bringen, hat die gesetzliche Unfallversicherung einen ungewöhnlichen Weg beschritten: Sie hat einen Kinofilm mitinitiiert.

Im Februar 2013 feierte „GOLD – Du kannst mehr als du denkst“ bei der Berlinale Premiere. Der Dokumentarfilm begleitet drei Athleten mit Behinderung auf ihrem Weg zu den Paralympischen Spielen in London. Er fügt sich damit in die Aktivitäten der gesetzlichen Unfallversicherung zum Behinderten- und Rehasport ein. Dazu zählt auch die Unterstützung der mehrfach ausgezeichneten Paralympics Zeitung, in der multinationale Schüler-Redaktionen von den Paralympischen Spielen berichten. GOLD zeigt Höhen und Tiefen in Alltag und Training der drei Protagonisten und bringt ihr Leben dem Publikum mit eindringlichen Bildern nahe. Eine der Dargestellten ist die Schwimmerin Kirsten Bruhn, die im berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Berlin beschäftigt ist.

Der Film wirkt nach innen und außen. Er ist bundesweit in mehr als 120 Kinos gelaufen, es gab Schulvorstellungen und Sondervorführungen für Multiplikatoren. Ein großer Teil aller in der Unfallversicherung Beschäftigten hat den Film gesehen und sich für das Thema sensibilisieren und von der Geschichte der drei Athleten mitreißen lassen. Dieses Beispiel zeigt: Es lohnt sich, auch ungewöhnliche Wege zu gehen, um den Geist eines Aktionsplans zu beflügeln.

Noch sind wir als Gesellschaft ein gutes Stück von einer Inklusion entfernt, die tatsächlich allen Menschen gemäß ihren Fähigkeiten eine „volle und wirkliche Teilhabe“ ermöglicht. Umso wichtiger ist es, dass Institutionen, Betriebe und Privatpersonen in ihrem jeweiligen Rahmen daran arbeiten, diesem Ziel

näher zu kommen. Daran will sich die gesetzliche Unfallversicherung mit ihrem Aktionsplan beteiligen. Es ist ein wichtiger Schritt in die Zukunft und auf die Menschen zu.

Patienten mit Behinderung im Krankenhaus – ein Beitrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Deutsche Krankenhausgesellschaft

Ulrike Reus, Referentin Dezernat I

Peer Köpf, Stellvertretender Geschäftsführer Dezernat I

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ist der Dachverband der Krankenhausträger in Deutschland. Sie vertritt die Interessen der 28 Mitglieder – 16 Landesverbände und 12 Spitzenverbände – in der Bundespolitik und nimmt die ihr gesetzlich übertragenen Aufgaben wahr. Die 2.045 Krankenhäuser versorgen jährlich 18,3 Millionen stationäre Patienten und 18 Millionen ambulante Behandlungsfälle mit 1,1 Millionen Mitarbeitern. Bei 83,4 Milliarden Euro Jahresumsatz in deutschen Krankenhäusern handelt die DKG für einen maßgeblichen Wirtschaftsfaktor im Gesundheitswesen.

Die stationäre Versorgung behinderter Menschen

Mehr als sieben Millionen Menschen sind, laut amtlicher Statistik, in Deutschland mittels eines Schwerbehindertenausweises anerkannt, d. h. 9 % der Gesamtbevölkerung. Ca. 64 % der Bevölkerung haben körperliche Behinderungen, 20 % entfallen auf geistige oder seelische Behinderungen sowie zerebrale Störungen. Bei den übrigen Personen sind die Behinderungen nicht ausgewiesen. Ein gutes Viertel der Menschen mit Behinderung ist 75 Jahre oder älter, knapp die Hälfte gehört der Altersgruppe der 55- bis 74-Jährigen an (Statistisches Bundesamt, 2009).

Angesichts eines überdurchschnittlichen Morbiditätsrisikos von Menschen mit Behinderung und eines überproportionalen Anteils älterer Patienten im Krankenhaus ist davon auszugehen, dass der Anteil behinderter Menschen im Krankenhaus überproportional ausfällt. Behinderte Patienten bilden somit eine wichtige Patientengruppe in der stationären Versorgung.

Dabei ist die Zielgruppe der Menschen mit Behinderung nicht nur hinsichtlich der Ausprägung des Grades ihrer Behinderung sehr heterogen, sie ist auch

nicht klar definiert und daher hinsichtlich der Zahl der Betroffenen nicht eindeutig zu messen. Rechnet man z. B. die Menschen mit Demenz zu dieser Gruppe, so vervielfacht sich die Zahl der Betroffenen nicht nur, sondern die Zahl der Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung in den Krankenhäusern wird dann in den nächsten Jahren massiv zunehmen.

Die deutschen Krankenhäuser engagieren sich dafür, alle Patienten mit Behinderungen medizinisch und pflegerisch so gut wie möglich zu versorgen. Dabei gilt der Grundsatz, dass für behinderte und nichtbehinderte Patienten die gleiche Behandlungsqualität erzielt werden soll. Dies entspricht der Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen.

Laut Artikel 25 des „Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ aus dem Jahr 2006 sollen Menschen mit Behinderungen die medizinische Versorgung erhalten, die sie auf Grund ihrer Behinderung zusätzlich benötigen. Der Deutsche Bundestag hat diese Bestimmung Anfang 2009 ratifiziert. Seit dem 26.03.2009 sind die sog. UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und das Zusatzprotokoll für Deutschland verbindlich. Die UN-BRK schafft keine Sonderrechte für Behinderte, sondern sie konkretisiert und spezifiziert die universellen Menschenrechte aus der Sicht der Perspektive der Menschen mit Behinderungen und vor dem Hintergrund ihrer Lebenslagen, die im Menschenrechtsschutz Beachtung finden müssen.

Die Staatliche Koordinierungsstelle ist seit 2008 beim Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen angesiedelt. Sie ist die Schnittstelle zur Zivilgesellschaft für die Vermittlung der UN-Behindertenrechtskonvention. In der Koordinierungsstelle wurde ein Inklusionsbeirat gegründet und ihm zugeordnete vier themenbezogene Fachausschüsse einberufen. Auch hier arbeiten Menschen mit Behinderungen, als Experten in eigener Sache, mit Menschen ohne Behinderung zusammen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist in den Fachausschuss 1 „Gesundheit, Pflege, Prävention und Rehabilitation“ eingebunden. Themenschwerpunkte des Fachausschusses 1 sind der Zugang zur Rehabilitation für schwerbehinderte

Menschen und der barrierefreie Zugang zu Gesundheitsangeboten. Darüber hinaus wurde eine Unterarbeitsgruppe „Barrierefreiheit im Gesundheitswesen“ gegründet, in der die DKG auch Mitglied ist. Die Mitarbeit aller Akteure in den Arbeitsgruppen ist ein entscheidender Schritt zur „Bewusstmachung“ des Themas und zur Sensibilisierung von Inklusion in vielen Bereichen des Gesundheitswesens.

Besonderheiten der Krankenhausversorgung

Behinderte Menschen stellen in deutschen Krankenhäusern eine Patientengruppe dar, die die Gestaltung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Krankenhaus immer mehr beeinflusst. Nachfolgend sind die wesentlichen Aspekte genannt, die in den Krankenhäusern umgesetzt werden:

- Informationen für Patienten:

Vor einem Krankenhausaufenthalt haben Patienten die Möglichkeit sich z.B. auf der Homepage des Krankenhauses, in Informationsbroschüren, bei einem festen Ansprechpartner des Krankenhauses zu informieren, ob ein Krankenhaus barrierefrei ist. Darüber hinaus finden sich hierzu auch Informationen in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser.

- Spezialisierung:

Neben den allgemeinen Krankenhausleistungen spezialisieren sich Krankenhäuser auch auf behinderte Menschen bzw. schwer mehrfach Behinderte in der Form von speziellen Abteilungen und/oder Bereichen. Darüber hinaus gibt es bundesweit spezielle Abteilungen z. B. für querschnittsgelähmte Patienten, sozialpädiatrische Zentren etc.. Eine Spezialisierung erfordert zwangsläufig auch eine Spezialisierung aller Mitarbeiter, die dort tätig sind. Beispielhaft sei hier die pflegerische Fachweiterbildung Psychiatrische Pflege oder Pflege in der Gerontopsychiatrie genannt. Letztlich stehen in diesen Kliniken deutlich mehr Ressourcen und damit mehr Zeit für die individuelle Behandlung der geistig und mehrfach behinderten Patienten zur Verfügung.

- **Barrierefreiheit:**

Barrierefreiheit im Krankenhaus bedeutet nicht nur der stufenlose Eingang, die behindertengerechte Toilette und Dusche, Aufzüge, Rampen am Eingang oder als Zugang zum Klinikgarten, sondern auch Bedienelemente im Aufzug in Augenhöhe für Rollstuhlfahrer, eine ausreichend große Beschriftung für sehbeeinträchtigte Patienten, die Ausstattung mit technischen Gebrauchsgegenständen etc.. Die Ausstattung der einzelnen Krankenhäuser ist in diesem Bereich unterschiedlich, abhängig von den jeweiligen Fachabteilungen und/oder einer in diesem Bereich bereits gewählten Spezialisierung.

Ein Teil der Barrierefreiheit sind auch sprachliche Informationen. Hier geht es um die Formulierung in leicht verständlicher Sprache, visualisiert oder in Braille-Schrift verfasst.

- **Einbeziehen von Bezugspersonen/Betreuern und Vertragsärzten:**

Je nach Erkrankungsschwere benötigen Behinderte die Begleitung bzw. Unterstützung von Bezugspersonen (Angehörige, Assistenten etc.) im Krankenhaus. Bei Patienten mit geistiger Behinderung ist der Betreuer das Sprachrohr für den Patienten. Mit dem Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus wurde dies auch rechtlich abgesichert.

Besonders für das Entlassmanagement ist es wichtig, dass dem Krankenhaus der Betreuer bzw. die Bezugsperson bekannt ist, um eine nahtlose Überleitung in die Häuslichkeit oder in einer Einrichtung zur weiteren Versorgung zu gewährleisten. Darüber hinaus sind Informationen zur medizinisch-pflegerischen Vorgeschichte, der Medikation und der Mitgabe eines Entlassbriefes von essentieller Bedeutung.

- **Pflege- und Betreuungsbedarf:**

Menschen mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung haben häufig einen erhöhten Betreuungs- und Versorgungsbedarf, dem die Krankenhäuser Rechnung tragen. Die Krankenhäuser passen die Versorgung ihrer Patienten zielgruppengerichtet an den Bedarf an.

Fazit

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Krankenhäuser durch eine Vielzahl spezifischer Maßnahmen die medizinische und pflegerische Versorgungsqualität von Patienten mit Behinderung sicherstellen. Krankenhäuser richten ihre Prozesse und Strukturen speziell auch auf die Bedürfnisse von Patienten mit Behinderung aus. Dies reicht von der Patienteninformation über die Einrichtung spezieller Leistungsbereiche bis hin zur Fortbildung der Mitarbeiter und zum Entlassmanagement. Die Krankenhäuser sind insofern bei der Behandlung von Patienten mit Behinderung gut aufgestellt.

Inklusion: Auftrag und Aktivitäten der Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung Bund

Aufgaben der Deutschen Rentenversicherung

Die Deutsche Rentenversicherung sichert die Lebenswege der bei ihr Versicherten vom Einstieg in das Berufsleben bis in das Rentenalter im Hinblick auf essentielle Lebensrisiken. Zu ihrem Leistungsspektrum gehören Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, die zeitlich befristet oder dauerhaft gezahlt werden, sowie Alters- und Hinterbliebenenrenten. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollen den Verlust oder die Verminderung der Erwerbsfähigkeit verhindern beziehungsweise abmildern und somit auch eine vorzeitige Berentung abwenden, denn es gilt der gesetzliche Grundsatz „Reha vor Rente“. So soll es den versicherten Menschen ermöglicht werden, ihre Erwerbsfähigkeit weiter auszuüben und ihr Leben und ihre berufliche Tätigkeit selbstbestimmt zu gestalten. Die Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung erfüllt somit eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe für die Teilhabe chronisch kranker Menschen an Arbeit und Gesellschaft. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der angestrebten verlängerten Lebensarbeitszeit kommt dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit für den Einzelnen und für die gesamte Gesellschaft weiterhin steigende Bedeutung zu.

Reha-Bedarf und Reha-Erfolge

Die Deutsche Rentenversicherung hat als größter Träger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Jahr 2012 rund 1.000.000 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bewilligt. Die häufigsten Reha-Indikationen waren dabei Erkrankungen von Muskel-, Skelettsystem und Bindegewebe. Sie begründeten ungefähr ein Drittel aller stationären Reha-Leistungen. Ungefähr jeweils 20 % der Bewilligungen entfallen auf psychische und onkologische Erkrankungen. Zur Teilhabe am Arbeitsleben und damit zur beruflichen Rehabilitation wurden fast 200.000 Leistungen bewilligt.

In den letzten Jahren ist vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung eine stetige Zunahme des Reha-Bedarfs und der Reha-Inanspruchnahme zu beobachten: Die Zahl der zu bewilligenden Leistungen hat für medizinische Rehabilitationsleistungen von 2005 auf 2012 um rund 25 Prozent zugenommen. Dabei ist die Rehabilitation eine lohnende Investition in die Erwerbsfähigkeit. Indem sie Menschen ermöglicht, im Berufsleben zu bleiben oder dorthin zurück zu kehren, verhindert sie vielfach die Zahlung von Erwerbsminderungsrenten und sichert die Beitragseinnahmen. Somit leistet Rehabilitation einen wertvollen Beitrag zur finanziellen Entlastung der Gemeinschaft aller in der Sozialversicherung versicherten Menschen. Wie erfolgreich die Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung ist, belegt der hohe Anteil von rd. 80 % der Betroffenen, bei denen nach einer Rehabilitation die dauerhafte Wiedereingliederung ins Berufsleben gelingt.

Handlungsmaßstäbe der Rentenversicherung

Die Rehabilitation zielt auf eine selbstbestimmte Teilhabe der Versicherten. Die Erreichung dieses Ziels ist ohne die aktive Einbindung und Mitwirkung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nicht denkbar. Jede wirksame Rehabilitation muss deshalb auf die individuellen Problemlagen der Rehabilitanden flexibel und individuell eingehen. Die Rentenversicherung stärkt die Individualisierung und Flexibilisierung der Rehabilitation mit verschiedenen konzeptionellen Ansätzen.

Zur engen Einbindung der Rehabilitanden in den rehabilitativen Prozess gehören insbesondere die gemeinsame Festlegung der Reha-Ziele und die sich daraus begründende Therapieplanung.

Ein wesentliches Element zur Förderung der Selbstverantwortung im Reha-Prozess sind ferner Patientenschulungen. Sie zielen unmittelbar auf die aktive Bewältigung von chronischen Erkrankungen und können dadurch die Wirksamkeit der Rehabilitation weiter verbessern. Sie stärken die Fähigkeit der Patienten zum selbstverantwortlichen Umgang mit ihrer Erkrankung. Der Patient soll durch den Erwerb von Wissen, Fertigkeiten und Kompetenzen in die Lage versetzt werden, informierte Entscheidungen bezüglich seiner Lebensführung zu treffen. Gesundheitsökonomische Analysen weisen für

geschulte Patienten deutliche Einsparungen bei den Folgekosten aus, die insbesondere durch verringerte Arbeitsunfähigkeitstage nach der Rehabilitation realisiert werden.

Zur Patientenorientierung gehört die Flexibilisierung der Rehabilitation, um die Leistungen an individuelle Bedarfe und Lebenssituationen anzupassen. Die Einführung der ambulanten Rehabilitation als eigenständige Versorgungsform war hier ein wesentlicher Schritt. Durch wohnortnahe Rehabilitationsangebote werden zudem Versicherte erreicht, die aus verschiedenen Gründen eine stationäre Rehabilitation nicht in Anspruch nehmen können.

Um eine an den Interessen und Wünschen der Rehabilitanden orientierte kontinuierliche Qualitätsverbesserung der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung zu gewährleisten, setzt die Deutsche Rentenversicherung Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung ein. Für den Bereich der medizinischen Rehabilitation werden im Rahmen der Qualitätssicherung zum Beispiel Erhebungen zur Strukturqualität, Befragungen der Rehabilitanden zu ihrer Zufriedenheit mit den Leistungen, Vorgaben für die Ausgestaltung der Rehabilitation in Form von Reha-Leitlinien durchgeführt und ausgewertet. Die qualitätssichernden Maßnahmen für das Gebiet der Leistungen zum Arbeitsleben konzentrieren sich derzeit auf den Bereich der beruflichen Bildungsleistungen. Die Ergebnisse aus diesen Prozessen werden in einem dauerhaften Dialog den Reha-Einrichtungen und den Rentenversicherungsträgern regelmäßig zurückgemeldet.

SGB IX

Der Gesetzgeber hat im Jahr 2001 einen Paradigmenwechsel in der für Menschen mit Behinderung maßgeblichen Politik durch die Verabschiedung des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch (SGB IX) vollzogen. Anstelle einer staatlichen Fürsorge für Menschen mit Behinderung ist der Gedanke der gleichberechtigten Teilhabe getreten. Menschen mit Behinderung sollen selbstbestimmt am gesellschaftlichen Leben teilnehmen. Bereits mit der Umsetzung des SGB IX hat die Deutsche Rentenversicherung den Gedanken der Teilhabe von Menschen mit Behinderung aufgegriffen und stetig ausgebaut.

Mit dem Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG) aus dem Jahr 2002 wurden darüber hinaus Regelungen zur Umsetzung der Barrierefreiheit getroffen. Außerdem ist die Bedeutung von Aktivitäten, gesellschaftlicher Teilhabe sowie Kontextfaktoren in der Rehabilitation der Rentenversicherung mit ihren multiprofessionellen Teams seit langem verankert, aber die bewusste Orientierung an der Terminologie und den Zielen der ICF hat in den Einrichtungen darüber hinaus einiges verändert.

Barrierefreiheit

Die Deutsche Rentenversicherung hat verstärkt seit längerer Zeit Maßnahmen zur Umsetzung von Barrierefreiheit initiiert, die in einem kontinuierlichen Prozess gemäß dem jeweiligen Verständnis von Barrierefreiheit weiterentwickelt und umgesetzt werden.

Hinsichtlich der Beseitigung physischer Barrieren erfolgt der Bau neuer Gebäude, die die Deutsche Rentenversicherung nutzt (z.B. Auskunfts- und Beratungsstellen, Gemeinsame Servicestellen, Reha-Zentren und Dienststellen) den entsprechenden gesetzlichen Regelungen beispielsweise der Bauordnungen der Länder und der DIN Norm 18040-1. Gemäß den gesetzlichen Vorgaben wird in den bestehenden Gebäuden durch Umbauten und Modernisierungen die bauliche Barrierefreiheit sichergestellt (z.B. rollstuhlgerechte Ausstattung von Ein- und Ausgängen, von Fahrstühlen, Sanitäranlagen, Kfz-Parkplätzen und Rampen sowie auch barrierefreie Beschilderung, kontrastreiche Gestaltung und Beschilderung in den Gebäuden oder auch Einrichtung indikationsspezifischer Seh-, Geh- und Hörbehindertenzimmer in Reha-Einrichtungen).

Zur Beseitigung kommunikativer Hindernisse ist die Deutsche Rentenversicherung mit der Bereitstellung von barrierefreien Informationstechnologien aktiv geworden. Diese Technologien sind in der Praxis der Rentenversicherungsträger so entwickelt und eingesetzt worden, dass die Nutzung des Internetangebots der Deutschen Rentenversicherung barrierefrei gestaltet ist. Internetnutzer können am Bildschirm individuell Schriftgrößen einstellen. Die Internetseiten sind durch Einsatz entsprechender Programme für sehbehinderte Menschen vorlesbar. Alle Seiten im Internet sind in verschiedene,

klar von einander getrennte Blöcke aufgeteilt und die Inhalte strukturiert. Ein schneller Wechsel zwischen Themenrubriken ist möglich.

Ein Angebot wesentlicher Informationen auf den Internetseiten in leichter Sprache wird entwickelt. Für gehörlose Menschen werden mit Gebärdensprachfilmen die wichtigsten Informationen aus dem Rentenrecht erläutert. Eine kostenlose telefonische Beratung ist durch die Bereitstellung des Telefons für hörgeschädigte Menschen erfolgt. Über seinen Computer mit einer Webcam ruft ein hörgeschädigter Versicherter die Deutsche Rentenversicherung an. Es wird eine Verbindung zu einem Gebärdensprach- oder Schriftdolmetscher hergestellt, der die Antworten des Servicemitarbeiters übersetzt.

Ebenfalls barrierefrei gestaltet sind Bescheide, Formulare, Merkblätter und Broschüren. Zum Verwaltungsverfahren werden Gebärdensprachdolmetscher hinzugezogen.

Barrierefreiheit will die Deutschen Rentenversicherung den bei ihr versicherten und den bei ihr beschäftigten Menschen gewährleisten. So erhalten beeinträchtigte Mitarbeiter eine entsprechende Arbeitsplatzanpassung und Ausstattung mit speziellen Hilfsmitteln, die sich an der individuellen Einschränkung des einzelnen Menschen orientieren. Auch persönliche Arbeitsplatzassistenten können betroffene Menschen im Arbeitsalltag unterstützen.

UN-Behindertenrechtskonvention

Die Behindertenrechtskonvention ist für die Bundesrepublik Deutschland völkerrechtlich seit dem Jahr 2009 verbindlich und auch im Jahr 2009 innerstaatlich in Kraft getreten. Sie verfolgt das Ziel, allen Menschen den Zugang zu den bestehenden Menschenrechten gleichermaßen zu eröffnen. „Die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen“ sowie „die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt“ werden von der Behindertenrechtskonvention eingefordert. Im Sinne dieser „Inklusion“ sollen Menschen mit Behinderung in vollem Umfang in die gesellschaftlichen Geschehnisse einbezogen sein und dabei selbstbestimmt leben können.

Die Bundesregierung hat entsprechend den Vorstellungen der Behindertenrechtskonvention unter dem Motto „Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft“ einen Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention erarbeitet. Gemeinsam mit anderen Sozialleistungsträgern hat die Deutsche Rentenversicherung auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation „Maßnahmen der Rehabilitationsträger zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung im Bereich Rehabilitation“ bereits entwickelt. Dieser Maßnahmenkatalog der Rehabilitationsträger ist so angelegt, dass die fokussierten Handlungsfelder für den Bereich Rehabilitation kontinuierlich umgesetzt und ggf. erweitert werden. Die Maßnahmen konzentrieren sich auf die drei Handlungsfelder Bewusstseinsbildung, Barrierefreiheit und Kooperation/ Erfahrungsaustausch auf europäischer Ebene.

Aktionsprogramm der Deutschen Rentenversicherung zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention

Darüber hinaus stellt sich die Deutsche Rentenversicherung in einem kontinuierlichen Weiterentwicklungsprozess aktiv den Herausforderungen der Behindertenrechtskonvention. So hat sie zusätzlich im Kontext mit dem Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung und dem Maßnahmenkatalog auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation unter dem Motto „Vielfalt durch Reha“ einen eigenen Aktionsplan erarbeitet. Mit ihm wollen die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung gemeinsam die weitere Umsetzung der Behindertenrechtskonvention voranbringen.

Die Verpflichtung aus der Behindertenrechtskonvention, umfassende Rehabilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme zu organisieren, zu stärken und zu erweitern, entspricht bereits der im SGB IX verankerten Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger. Um die Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität gleichbleibend zur Verfügung stellen zu können, ist eine beständige Überprüfung und Anpassung an veränderte Gegebenheiten erforderlich. Durch die kontinuierliche Weiterentwicklung der Leistungsangebote der Rehabilitation wird diesen Verpflichtungen stetig nachgekommen.

Auch die Verpflichtung aus der Behindertenrechtskonvention zum frühzeitigen Handeln greift die Deutsche Rentenversicherung auf, indem sie sich zum Beispiel neuen Handlungsfeldern – wie der Prävention – öffnet. Bei Versicherten, die eine besonders gesundheitsgefährdende, die Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben und bei denen erste Gesundheitsstörungen vorliegen, eröffnet die Deutsche Rentenversicherung im Rahmen ihrer Möglichkeiten durch geeignete Präventionsmaßnahmen Chancen, um im Vorfeld absehbare Gesundheitsstörungen zu vermeiden. Weiterhin bietet die Deutsche Rentenversicherung arbeitgeberorientierte Leistungen an. Durch verschiedene Projekte wird das Betriebliche Eingliederungsmanagement unterstützt, wobei eine verstärkte Zusammenarbeit mit Werks- und Betriebsärzten eine bedeutende Rolle spielt. Außerdem werden berufliche Problemlagen stärker in den Behandlungsprozess der medizinischen Rehabilitation einbezogen. In einem umfassenden Prozess der Qualitätssicherung der von der Deutschen Rentenversicherung angebotenen Teilhabeleistungen wird von ihr eine stärkere Individualisierung der Teilhabeleistungen angestrebt.

Hinsichtlich der von der Behindertenrechtskonvention geforderten Zugänglichkeit beseitigt die Deutsche Rentenversicherung kommunikative und bauliche Barrieren und bezieht dabei die Zugänglichkeit auch auf ihre Beratungsangebote. Hierzu gehört die Entwicklung, Fortführung und der Ausbau der Gemeinsamen Servicestellen. Gemeinsam mit den anderen Rehabilitationsträgern hat die Deutsche Rentenversicherung auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ein neues Qualitätssicherungskonzept erarbeitet, um eine anspruchsvolle Beratungsqualität bundesweit in allen Gemeinsamen Servicestellen sicherzustellen.

Für das Aktionsprogramm der Deutschen Rentenversicherung zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention hat die Deutsche Rentenversicherung zunächst drei Handlungsfelder ausgewählt: Bewusstseinsbildung, Zugänglichkeit und Leistungen zur Teilhabe.

Das Bewusstsein für die Belange von Menschen mit Behinderung und die Achtung ihrer Rechte und Würde ist für die Verwirklichung von Inklusion

von ausschlaggebender Bedeutung. Nur mit einem solchen Bewusstsein kann gewährleistet werden, dass sich eine inklusive Gesellschaft bildet. Insofern setzt sich das DRV Aktionsprogramm mit dem Handlungsfeld „Bewusstseinsbildung“ aus Art. 8 BRK auseinander. Um sicherzustellen, dass betroffene Menschen beispielsweise den geeignetsten Zugang zu Gebäuden der Deutschen Rentenversicherung sowie zu Informationen über die gesetzliche Rentenversicherung haben, greift das DRV Aktionsprogramm das Handlungsfeld „Zugänglichkeit“ aus Art. 9 BRK auf.

Aus der Aufgabenstellung als Rehabilitationsträger bezieht sich das DRV Aktionsprogramm auf die Handlungsfelder „Gesundheit“ in Art. 25 BRK, „Habilitation und Rehabilitation“ in Art. 26 BRK sowie „Arbeit und Beschäftigung“ in Art. 27 BRK. Alle dargestellten Handlungsfelder werden für das Aktionsprogramm als „Leistungen zur Teilhabe“ zusammengefasst.

Die hier identifizierten Handlungsfelder beschränken sich bewusst auf Themenfelder, bei denen sich die Rentenversicherungsträger in einer spezifischen Handlungsverantwortlichkeit sehen.

In die Erarbeitung des Aktionsprogramms zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention sind behinderte Menschen über ihre Interessenvertretungen und -verbände eingebunden worden. Die gegebenen Hinweise und Anregungen werden derzeit eingearbeitet und für eine Übernahme in das Aktionsprogramm aufbereitet. Mit der endgültigen rentenversicherungsinternen Abstimmung und dem verbindlichen Inkrafttreten des Aktionsprogramms wird im Jahr 2014 gerechnet.

Nach Ablauf der Hälfte der Laufzeit des Aktionsprogramms von circa zwei Jahren ist beabsichtigt, auf einer öffentlichen Veranstaltung unter Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen ein Zwischenergebnis über den Umsetzungsgrad der geplanten Maßnahmen zu ziehen und zu diskutieren, wie das Aktionsprogramm nach Ende seiner Laufzeit weiterentwickelt werden könnte.

Fazit

Die Rehabilitation der Rentenversicherung leistet einen unverzichtbaren Beitrag bei der Bewältigung des demografischen Wandels, indem sie hilft, die Beschäftigungsfähigkeit zu sichern. Außerdem fördert die Rehabilitation den sozialen Zusammenhalt unserer Gesellschaft, denn sie verhindert Ausgrenzung, indem sie chronisch kranken und behinderten Menschen einen längeren Verbleib im Erwerbsleben ermöglicht. Sie bewirkt damit Inklusion im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention.

Aktivitäten der GKV zur Umsetzung der UN-BRK

GKV-Spitzenverband

Das „Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung vom 13. Dezember 2006“ (UN-BRK) ist seit dem 26. März 2009 geltendes Recht in Deutschland. Mit der UN-BRK wurden wichtige Weichen für eine inklusive Gesellschaft gestellt. Inklusion bedeutet, dass Menschen mit und ohne Behinderungen von Anfang an in allen Lebensbereichen selbstbestimmt leben und zusammenleben. Dabei richtet sich der Auftrag zur Umsetzung der UN-BRK nicht nur an staatliche Stellen sondern auch an Körperschaften des öffentlichen Rechts und somit auch an den GKV-Spitzenverband sowie die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen.

Der GKV-Spitzenverband als Institution

Der GKV-Spitzenverband ist seit dem 01.07.2008 die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland gemäß § 217a SGB V. Der GKV-Spitzenverband ist gleichzeitig der Spitzenverband der Pflegekassen und Träger des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Er gestaltet die Rahmenbedingungen für einen intensiven Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Die Gesundheit der 70 Millionen Versicherten steht dabei im Mittelpunkt seines Handelns. Die vom GKV-Spitzenverband abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen gelten für alle Krankenkassen, deren Landesverbände und damit praktisch für alle gesetzlich Versicherten. Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen. Seine Wirkungsmöglichkeiten sind vielfältig. So berät er die Parlamente und Ministerien im Rahmen aktueller Gesetzgebungsverfahren und ist stimmberechtigtes Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Mit den Vertragspartnern auf Bundesebene schließt er Verträge und Vereinbarungen und verhandelt Richtlinien für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung. Der GKV-Spitzenverband fühlt sich dem Solidargedanken in besonderem Maße verpflichtet und unterstützt die Zielsetzung der UN-BRK. Ausgrenzung aufgrund von

Behinderung oder schwerer Krankheit sind mit diesen Grundwerten unvereinbar. Bei der Wahrnehmung der ihm übertragenen gesetzlichen Aufgaben stellt der GKV-Spitzenverband eine hochwertige und umfassende Versorgung seiner Versicherten sicher.

Der GKV-Spitzenverband als Arbeitgeber

Auch als Arbeitgeber fühlt sich der GKV-Spitzenverband den Interessen von behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen verpflichtet. Der GKV-Spitzenverband erreicht die gesetzliche Quote zur Beschäftigung behinderter Menschen annähernd. Durch den Einkauf von Dienstleistungen bei ausgewiesenen Einrichtungen unterstützt der GKV-Spitzenverband außerdem indirekt die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen.

Nach der Neugründung des GKV-Spitzenverbands wurde die Schwerbehindertenvertretung am 05.10.2010 erstmals gewählt. Sie führt ihr Amt ehrenamtlich aus. Zu den Aufgaben der Schwerbehindertenvertretung gehören unter anderem die Förderung der Eingliederung schwerbehinderter Menschen in die Dienststelle, die Interessenvertretung in der Dienststelle sowie die Beratung und Hilfeleistung der schwerbehinderten Kolleginnen und Kollegen. Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, hat die Schwerbehindertenvertretung mit dem Vorstand eine Integrationsvereinbarung geschlossen, die das Ziel hat, Menschen mit Behinderungen zu beschäftigen, ihre Arbeitsplätze zu sichern und ihre Beschäftigung zu fördern.

Umsetzung der Zielsetzungen der UN-BRK beim GKV-Spitzenverband

Für den GKV-Spitzenverband nimmt das Handlungsfeld „Barrierefreiheit“ einen hohen Stellenwert ein. So wurde bei der Gestaltung des neuen Verbandsgebäudes, das der GKV-Spitzenverband im Juli 2013 bezogen hat, darauf geachtet, dass dieses den Anforderungen von Menschen mit Behinderung insbesondere bezüglich der Zugänglichkeit und relevanter Ausstattungsmerkmale gerecht wird, so dass sowohl für Besucher des GKV-Spitzenverbandes als auch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Inklusion im Sinne der UN-BKR verwirklicht werden kann.

Darüber hinaus entwickelt der GKV-Spitzenverband die von ihm betreuten Internetportale kontinuierlich weiter, um eine gute Barrierefreiheit zu erreichen bzw. zu sichern. Bereits im Dezember 2009 wurde die Internetseite www.gkv-spitzenverband.de erstmals einem freiwilligen Test auf Barrierefreiheit unterzogen und mit 90,5 Punkten als „gut zugänglich“ bewertet. Der Test wurde durchgeführt von der BIK-Beratungsstelle Hamburg, der u. a. der Deutsche Blinden- und Sehbehindertenverband angehört. Auch beim Relaunch der Internetseite im Frühjahr 2012 wurden die Prinzipien der Barrierefreiheit streng beachtet. Dazu dient z. B. die Einbindung eines Vorlesetools und die Beschreibung von Links, Bildern und Grafiken für sehbehinderte Menschen. Der entwicklungsbegleitende sowie der abschließende Test durch die BIK Hamburg im Jahr 2012 bestätigten die gute Zugänglichkeit mit 92 Punkten. Die Themenportale des GKV-Spitzenverbandes – wie z.B. www.pflegenoten.de und www.gkv-datenaustausch.de folgen ebenfalls den Prinzipien der Barrierefreiheit.

Maßnahmen der GKV zur Berücksichtigung der Zielsetzungen der UN-BRK bei der Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung

Die Ermöglichung eines Höchstmaßes an Unabhängigkeit für Menschen mit Behinderung sowie die volle Teilhabe an allen Bereichen des Lebens sind übergeordnete Ziele der UN-BRK. Die Akteure im Bereich der Gesundheitsversorgung sowie im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe sind verpflichtet, die ihnen möglichen Leistungen zur Erreichung dieses Ziels beizutragen. Vor diesem Hintergrund ist die barrierefreie Leistungserbringung ein bedeutender Aspekt.

Eine wichtige Maßnahme, um Menschen mit Behinderungen eine unabhängige Lebensführung und die volle Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen, ist es, den Zugang zur medizinischen Versorgung zu erleichtern und zu verbessern. In der ambulanten Versorgung betrifft dies in erster Linie die Sicherstellung eines möglichst barrierearmen Zugangs zu Arztpraxen und die Bereitstellung von Informationen über den Grad der Barrierefreiheit von Arztpraxen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Die Bundesregierung hat zur konkreten Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention einen Nationalen Aktionsplan (NAP) erarbeitet. Dieser enthält die Ziele und Maßnahmen der Bundesregierung in einer Gesamtstrategie für die nächsten zehn Jahre. Im Rahmen des nationalen Aktionsplans wurden auch für den Bereich der ambulanten Versorgung verschiedene Teilprojekte und Maßnahmen ins Leben gerufen, darunter insbesondere das Programm „barrierefreie Arztpraxen“. Hierbei arbeiten Bundesregierung, Länder, Ärzteschaft und Krankenkassen gemeinsam an einem Konzept zum Abbau baulicher und kommunikativer Barrieren sowie zur Erhöhung der Anzahl der barrierearmen Arztpraxen. Daneben beinhalten die großen Arzt-Such-Portale der Krankenkassen inzwischen auch Informationen über die Zugänglichkeit der Arztpraxen und ermöglichen so eine gezielte Praxisuche unter dem Gesichtspunkt der Barrierearmut. Darüber hinaus findet das Thema Inklusion von Menschen mit Behinderung zunehmend Eingang in die Gestaltung von Vertragsbeziehungen in der ambulanten Versorgung. So erfolgte z.B. auch bei der aktuellen Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie eine Berücksichtigung der Barrierefreiheit, womit eine gute Grundlage für die stärkere Berücksichtigung der Belange behinderter Menschen bei der Gestaltung der ambulanten Versorgung gelegt wurde.

Im Rahmen der einrichtungübergreifenden externen Qualitätssicherung von Rehabilitationseinrichtungen durch die gesetzliche Krankenversicherung, dem sog. QS-Reha[®]-Verfahren, werden bei der Beurteilung der Struktur- und Prozessqualität der Rehabilitationseinrichtungen Kriterien zur Barrierefreiheit zugrunde gelegt, so u.a. die normativen Forderungen nach barrierefreien Zugängen, nach rollstuhlgerechten Zimmerausstattungen und Sanitärräumen, nach barrierefreien WC in der Nähe der Therapieräume, nach systematischen und verständlichen Wegeleitsystemen, nach großen Aufzügen sowie nach gut beleuchteten Flurbereichen mit Handläufen. Die Erhebung dieser „Qualitätsnormen“ des QS-Reha[®]-Verfahrens und der Vergleich der Ergebnisse der Rehabilitationseinrichtungen tragen dazu bei, dass ein Qualitätswettbewerb stattfindet, der die Versorgung der Rehabilitanden verbessert. Die Aufbereitung der dabei gewonnenen Daten ermöglicht zudem den Kundenberatern der Krankenkassen eine dem individuellen Bedarf behinderter Menschen gerecht werdende Auswahl geeigneter Einrichtungen.

Auch mit Leistungserbringern aus dem nichtärztlichen Bereich wirkt die GKV auf den Abschluss von Vereinbarungen zur barrierefreien Leistungserbringung hin. So wird in den seit dem 01.07.2013 wirksamen Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V für den Heilmittelbereich Stimm-Sprech- und Sprachtherapie die Zielsetzung der UN-BRK in Bezug auf die Barrierefreiheit ausdrücklich berücksichtigt.

Bei der Hilfsmittelversorgung stellt der GKV-Spitzenverband sicher, dass die Produkte, die grundsätzlich in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen, nur unter Qualitätsgesichtspunkten ins Hilfsmittelverzeichnis eingestellt werden, so dass ein weitreichendes Produktangebot zur Verfügung steht, das den individuellen Anforderungen der Menschen mit Behinderung gerecht wird. Darüber hinaus wirkt er gegenüber den Leistungserbringern darauf hin, dass ein barrierefreier Zugang und eine behindertengerechte Toilette in den Ladenlokalen vorhanden sind. Um das Ziel der Inklusion bei der Hilfsmittelversorgung auch tatsächlich zu erreichen, ist z. B. die Hilfsmittel-Richtlinie kontextorientiert ausgerichtet.

Im Bereich Krankenhäuser hat das Thema „Inklusion“ zwei Ebenen: so erfordert die Gewährleistung eines diskriminierungsfreien Zugangs zur Gesundheitsversorgung zum einen eine physische Barrierefreiheit, d.h. Krankenhäuser müssen in städtischen wie ländlichen Gebieten auch für Menschen mit Behinderung zur Verfügung stehen. Daneben bedarf es den gleichberechtigten Zugang zu Informationen, die für eine eigenständige, selbstbestimmte Entscheidung über allgemeine Leistungsangebote sowie Diagnose- und Therapieverfahren notwendig sind. Hierzu gehören geeignete, ggf. elektronische Informations- und Kommunikationsdienste.

Der Gesetzgeber und nachgeordnete Normgeber wie der G-BA haben grundsätzlich den Bedarf an Regelungen zur Sicherung des barrierefreien Zugangs zur stationären Gesundheitsversorgung erkannt und entsprechende Regelungen getroffen. Angaben zur (physischen) Barrierefreiheit für das gesamte Krankenhaus oder auch nur für einzelne Fachabteilungen werden z.B. in den jährlich zu erstellenden Qualitätsberichten nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V abgefragt. In der Richtlinie des G-BA finden sich grundlegende

Aspekte wie: Unterstützung sehbehinderter oder blinder Menschen, bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen, mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit, mit Demenz oder geistiger Behinderung, aber auch für Menschen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, Allergien oder Fremdsprachlichkeit. Auch in der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach §116b SGB V vom 21.03.2013 findet sich explizit der Hinweis „Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen behindertengerecht sein. Barrierefreiheit ist anzustreben“.

Wesentliche Voraussetzung für die informierte und selbstbestimmte Entscheidung – nicht nur von behinderten Patienten – bei der Auswahl einer medizinischen Einrichtung ist die Publikation der Ergebnisse aus den Qualitätsberichten und ggf. zusätzlicher Daten. Portale wie die „Weisse Liste“ streben hierzu einen möglichst barrierefreien und zielgruppengerechten Zugang zu den Qualitätsdaten der Krankenhäuser an. Darüber hinaus bieten sie Checklisten zur Vorbereitung eines Krankenhausaufenthaltes an, in denen die Barrierefreiheit der Einrichtung zu den zentralen Auswahlkriterien gehört. Damit wird dieser für eine erfolgreiche Inklusion grundlegende Aspekt zu einem für die Betroffenen wichtigen Faktor bei der Krankenhauswahl.

Ein weiteres wichtiges Anliegen der GKV ist es, durch Selbsthilfeunterstützung die gegenseitige Hilfe und Unterstützung für Menschen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung so zu befördern, dass Selbsthilfe die Lebensqualität der Betroffenen verbessert. Selbsthilfe kann wertvolle Impulse hin auf dem Weg zu einer inklusiven Gesellschaft geben. Daher unterstützt die GKV mit ihrer Förderung insbesondere auch den Grundgedanken der Inklusion als Leitbegriff der UN-Behindertenrechtskonvention. Die Selbsthilfeförderung der GKV trägt maßgeblich zur Entwicklung und Sicherung von Selbsthilfestrukturen in Deutschland bei. Die GKV bezuschusst die entsprechenden Strukturen nicht nur institutionell im Sinne einer Basisfinanzierung, sondern fördert auch gezielt Projekte zur Verbesserung der Versorgung der Betroffenen.

Die ICF-basierte Bedarfsfeststellung ermöglicht eine Einbeziehung aller Betrachtungsebenen, die für die Bedarfsfeststellung relevant sind und ermöglicht so eine individuelle Teilhabeplanung unter Berücksichtigung der Zielsetzung der UN-BRK. In den vom GKV-Spitzenverband erlassenen Begutachtungs-Richtlinien, z.B. für den Bereich der Vorsorge und Rehabilitation, werden die Grundsätze einer ICF-basierten Bedarfsfeststellung berücksichtigt.

Zudem ist die Definition eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein unter dem Blickwinkel der UN-BRK wichtiges Anliegen der GKV. Verbunden wird damit im Sinne des Grundgedankens der Inklusion ein Perspektivwechsel weg von der Erfassung somatischer Einschränkungen hin zur Feststellung der Selbstständigkeit im somatischen und kognitiven Bereich. Insbesondere sollen Menschen mit Demenz dann gleichberechtigt in der Pflegeversicherung Berücksichtigung finden. Der GKV-Spitzenverband unterstützt die politischen Bemühungen, eine solche neue Ausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes auf der Grundlage gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse in der nächsten Legislaturperiode umzusetzen.

Mitwirkung der GKV bei der Umsetzung der UN-BRK in Gremien und auf trägerübergreifender Ebene

Wie bereits in Teilen ausgeführt, wirkt der GKV-Spitzenverband im Rahmen der Aufgabenstellungen des G-BA darauf hin, dass der Leitgedanke der Inklusion bei den jeweiligen Entscheidungen berücksichtigt wird.

Darüber hinaus enthält der NAP der Bundesregierung u.a. den Aufruf zur Erstellung eigener Aktionspläne. In diesem Kontext war die GKV unter dem Leitgedanken „Was können wir tun?“ auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) aktiv an der Erstellung des trägerübergreifenden, gemeinsamen Maßnahmenkatalogs zur Umsetzung der UN-BRK beteiligt. Der Maßnahmenkatalog fokussiert zunächst die drei Handlungsfelder Bewusstseinsbildung, Barrierefreiheit und Internationale Kooperation und Erfahrungsaustausch, insbesondere auf europäischer Ebene.

Mit dem Maßnahmenkatalog streben die Rehabilitationsträger an, derzeit noch bestehende gesellschaftliche und umweltbezogene Barrieren weiter ab-

zubauen und die Inhalte der UN-BRK in ihrem Einfluss-/Handlungsbereich umzusetzen. Die Rehabilitationsträger knüpfen damit an bereits mit der Einführung des SGB IX erfolgte Aktivitäten an, die zur Verbesserung von Rehabilitation und Teilhabe durchgeführt wurden. Die geplanten Aktivitäten orientieren sich an den wesentlichen in der UN-BRK formulierten Zielen und sind so angelegt, dass die fokussierten Handlungsfelder für den Bereich Rehabilitation kontinuierlich umgesetzt und ggf. erweitert werden.

Auf Ebene der BAR wirkt die GKV zudem mit den übrigen Rehabilitationsträgern nachhaltig darauf hin, dass die Zielsetzungen und Herausforderungen der UN-BRK bei der Erstellung und Überarbeitung der trägerübergreifenden indikationsspezifischen Empfehlungen, Arbeitshilfen und den Gemeinsamen Empfehlungen berücksichtigt werden. Die GKV trägt zudem auf Ebene der BAR zur Ausgestaltung und Weiterentwicklung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets bei. Das Persönliche Budget ermöglicht es behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, ihren Bedarf an Teilhabeleistungen in eigener Verantwortung und Gestaltung zu decken.

Der GKV-Spitzenverband wirkt darüber hinaus im Fachausschuss 1 (Gesundheit, Pflege, Prävention und Rehabilitation) der staatlichen Koordinierungsstelle nach Artikel 33 UN-Behindertenrechtskonvention mit. Der Fachausschuss hat insbesondere den barrierefreien Zugang zur Rehabilitation für schwerbehinderte Menschen und den barrierefreien Zugang zu weiteren Gesundheitsangeboten sowie ein Eckpunktepapier für die Erstellung von Aktionsplänen zur Umsetzung der UN-BRK in Organisationen und Einrichtungen der Zivilgesellschaft erörtert und entsprechende Empfehlungen entwickelt. Weitere Themen wie z.B. die Suche nach barrierefreien Arztpraxen über die Arzt-Auskunft, die teilhabeorientierte Pflege und die Umsetzung des Versorgungsstruktur- sowie des Patientenrechtegesetzes wurden ebenfalls erörtert.

Ausblick

Wenngleich u.a. mit den skizzierten Regelungen, Empfehlungen und Aktivitäten bereits wesentliche Ziele der UN-BRK erreicht bzw. Wege zu deren Erreichung gebahnt wurden, bleibt die Realisierung einer gleichberechtigten Teilhabe behinderter Menschen eine Daueraufgabe der Gesamtgesellschaft. Der Selbstverwaltung im Bereich der gesundheitlichen Versorgung kommt dabei eine besondere Verantwortung zu. Für die GKV wird dies weiterhin eine der zentralen Leitlinien ihres Handelns darstellen.

Barrieren abbauen in der ambulanten Versorgung – Ein Zwischenbericht

Kassenärztliche Bundesvereinigung

1. Einleitung

In Deutschland leben fast zehn Millionen Menschen mit Behinderungen. Viele davon sind von Geburt an betroffen, bei anderen treten Behinderungen erst im Laufe ihres Lebens auf. Wieder andere sind nur vorübergehend durch eine Operation oder eine Verletzung auf Hilfe angewiesen. Für alle aber gilt, dass sie einen leichten Zugang zur ambulanten medizinischen Versorgung und damit an vielen Stellen die Unterstützung durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten benötigen. Dabei geht es nicht nur um die baulichen Voraussetzungen, die eine Umgebung patientenfreundlicher und barrierefreier machen, in vielen Fällen helfen eine zugewandte Kommunikation oder die Kenntnis über die besonderen Bedürfnisse von behinderten Menschen.

Mit dem nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention hat die Bundesregierung einen Maßnahmenkatalog vorgelegt, um Anreize für einen barrierefreien Zugang in der Gesundheitsversorgung zu schaffen. Die Ärzteschaft unterstützt ausdrücklich dieses Vorgehen. Bereits heute existiert eine Reihe von Maßnahmen, die darauf abzielen, dass Patienten mit Behinderungen einen leichteren Zugang zur ambulanten medizinischen Versorgung erhalten. Viele Praxen sind bereits auf Menschen mit Behinderungen eingestellt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bündeln diese Informationen und stellen sie den Ärzten zur Verfügung. Nachfolgend werden einige dieser Maßnahmen vorgestellt. Allerdings sehen wir auch eine Reihe von Herausforderungen, die wir ebenfalls darstellen wollen.

Um den Bedarf nach barrierefreien Arztpraxen zu ermitteln, hat die KBV 2011 in ihrer Versichertenbefragung nach der Einschätzung der Bürgerinnen und Bürger zur Barrierefreiheit gefragt. 69 Prozent der Befragten (n = 1.692) gaben an, die letzte Arztpraxis, die sie besucht hätten, sei barrierefrei gewesen (siehe Abbildung 1, S. 60).



Abbildung 1

In 27 Prozent der Fälle war ein barrierefreies Erreichen der Praxis wegen Treppenstufen nicht möglich. Sowohl in kleineren Städten mit weniger als 20.000 Einwohnern als auch in Großstädten mit sechsstelliger Einwohnerzahl beschrieben rund zwei Drittel der Befragten die letztbesuchte Arztpraxis als „barrierefrei“.

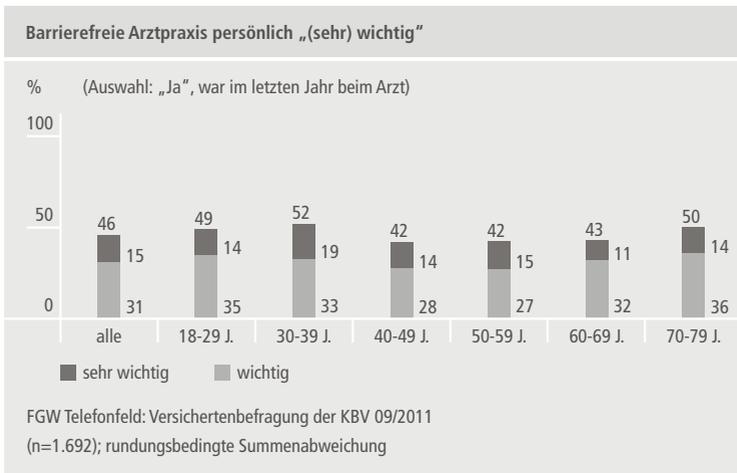


Abbildung 2

Nach der individuellen Einschätzung gefragt, sagten 46 Prozent, dass sie eine barrierefreie Arztpraxis persönlich wichtig fänden. Interessant ist, dass jüngere wie ältere Befragte die Bedeutung von barrierefreien Arztpraxen gleich wichtig finden, wobei mehr Frauen (51 Prozent) als Männer (40 Prozent) dies betonen (siehe Abbildung 2, S. 60).

Die Bedeutung der Barrierefreiheit einer Praxis hängt dabei auch vom eigenen Gesundheitszustand ab. Je besser die Befragten ihren Gesundheitszustand einschätzten, desto häufiger gilt die Barrierefreiheit als persönlich irrelevant. Ein Unterschied in dieser Einschätzung besteht auch zwischen Land- und Stadtbevölkerung: so wird in Kleinstädten dem uneingeschränkten Zugang zu Praxen mehr Gewicht eingeräumt als in Großstädten.¹

2. Darstellung einzelner Maßnahmen

Analyse der Zahl barrierefreier Praxen – Aufnahme ins Bundesarztregister

Die KBV hat in mehreren nicht repräsentativen Umfragen in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) nach der Anzahl barrierefreier Arztpraxen gefragt. Bei diesen Erhebungen in den Jahren 2005 und 2011 wurde deutlich, dass die in den KVen erhobenen Daten wegen unterschiedlicher Fragesystematiken nicht vergleichbar sind und zu sehr unterschiedlichen Angaben über die barrierefreie Erreichbarkeit von Praxen geführt haben. Ein Grund für diese unterschiedlichen Datensätze war, dass die Angaben der Praxen freiwillig sind und auf der Selbsteinschätzung der Praxisinhaber beruhen. Um zukünftig hierfür eine einheitliche Datengrundlage zu schaffen, wurde eine Änderung des Bundesarztregisters beschlossen und neue Codes zur Angabe von Barrierefreiheit für den Bundesarztregister-Datenübermittlungssatz eingeführt, die sich an der aktuellen DIN-Norm 18040-1 orientieren.

Broschüre Barrieren abbauen – Ideen und Vorschläge aus der Praxis

Um Ärzten eine praktische Hilfe an die Hand zu geben, wie sie ihre Praxen barrierefreier und damit patientenfreundlicher gestalten können, hat die KBV die Broschüre „Barrieren abbauen – Ideen und Vorschläge aus der Praxis“² entwickelt.

¹ Versichertenbefragung 2011: www.kbv.de

² <http://www.kbv.de/patienteninformation/41039.html>

Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten erhalten mit diesem Leitfaden Tipps und Hinweise, wie sie ihre Praxen stärker auf die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen ausrichten können und somit gehbehinderte, blinde, gehörlose oder geistig oder mehrfach behinderte Patienten einen leichteren Zugang zur ambulanten medizinischen Versorgung finden. Die Broschüre ist praxisorientiert und stellt die Alltagsauglichkeit in den Mittelpunkt, indem sie nützliche Maßnahmen vorstellt und mit einfachen Fragen hilft, die Zugänglichkeit der Praxis erkennbar zu machen: Wie sichtbar ist der Zugang zur Praxis, sind Hausnummern und Praxisschild gut lesbar, gibt es Stolperfallen in der Praxis und ist der Eingang und der Flur hell genug beleuchtet?

Die Broschüre berücksichtigt die verschiedenen Einschränkungen der Sinnesorgane sowie der Bewegungsfreiheit und Einschränkungen bei geistiger und mehrfacher Behinderung und stellt hierzu Checklisten zur Verfügung. Diese Checklisten beziehen sich zum Beispiel auf die Ausstattung der Räume: Sind die Lichtschalter, Klingeln und Gegensprechanlage vom Rollstuhl aus erreichbar? Ist der Umkleibereich ausreichend groß, gibt es verstellbare Untersuchungsliegen? Oder sie geben mit folgenden Tipps Hilfestellung bei der Art der Ansprache beispielsweise sehbehinderter Patienten: Stellen Sie sich ihrem Patienten immer auch namentlich vor. Fragen Sie ihn, wie viel Unterstützung er möchte. Machen Sie sich bei sehbehinderten Menschen immer wieder durch ihren Namen erkennbar und lassen Sie ihn am besten persönlich am Eingang abholen. Achten Sie darauf, stets den Blickkontakt mit dem Patienten zu halten, auch wenn der Patient mit einer Begleitperson in die Praxis kommt.

Die Broschüre bietet darüber hinaus Informationen, Adressenlisten von Ansprechpartnern in den KVen, weiterführende Links sowie Interviews mit dem Behindertenbeauftragten der Bundesregierung, MdB Hubert Hüppe (CDU), und der Bundesgeschäftsführerin der Lebenshilfe, Prof. Dr. med. Jeanne Nicklas-Faust.

Kooperationstagung Barrieren abbauen

Um das Thema noch weiter in die Öffentlichkeit zu tragen, führten die Spitzenverbände der Ärzte- und Zahnärzteschaft am 9. September eine ge-

meinsame Kooperationstagung zum Thema „Barrieren abbauen“ durch. Mit dieser Veranstaltung beabsichtigten die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die Bundesärztekammer (BÄK) und die KBV anlässlich des „Themenjahres 2013 für Menschen mit Behinderungen“ der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS) und dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, für eine barrierefreie medizinische Versorgung sensibilisieren und sowohl Fachpublikum und Betroffenenverbände als auch Ärzte- und Zahnärzteschaft zum Erfahrungsaustausch zusammenbringen, um gemeinsam Initiativen und Maßnahmen vorzustellen und zu diskutieren.

Gremienarbeit

Die KBV engagiert sich in verschiedenen nationalen Ausschüssen zum Thema Barrierefreiheit und Inklusion. So ist die KBV im Fachausschuss „Gesundheit, Pflege, Prävention, Rehabilitation“ des Inklusionsbeirats zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention vertreten. Der Beirat wurde zur langfristigen und strategischen Begleitung der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention beim Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen eingerichtet und wird von vier Fachausschüssen unterstützt, die ihm zu unterschiedlichen Themengebieten zuarbeiten. Zwischen Beirat und den Ausschüssen finden ein regelmäßiger Informationsaustausch sowie eine aktive Zusammenarbeit statt. Der Beirat ist für die Kommunikation und Vertretung nach außen zuständig.

Zum anderen ist die KBV regelmäßiges Mitglied des „Beirates für die Teilhabe behinderter Menschen“ nach § 64 SGB IX, der das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) bei Fragen der Teilhabe behinderter Menschen unterstützt. Aufgaben des Beirates sind die Vergabe der Mittel des Ausgleichsfonds sowie die Anregung und Koordinierung von Maßnahmen zur Evaluierung dieser Maßnahmen.

3. Ausblick

Im Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention fordert die Bundesregierung die Verantwortlichen auf, innerhalb der nächsten 10 Jahre weitere Arztpraxen barrierefrei zugänglich zu machen.

Hierzu sollen nicht nur bauliche, sondern auch kommunikative Barrieren, auf die blinde, gehörlose oder taubblinde Menschen stoßen, beseitigt werden. Gemeinsam mit den Ländern soll ein Gesamtkonzept entwickelt werden, um Anreize für einen barrierefreien Zugang zu schaffen. Die Ärzteschaft unterstützt dieses Vorgehen.

Um einen realistischen und fundierten Überblick über die Kosten eines Umbaus bereits bestehender Praxen zu bekommen, hat die KBV bei einem im Bereich der Umsetzung von barrierefreiem Bauen ausgewiesenen Architektenbüro eine Expertise in Auftrag gegeben. In dem Gutachten wurde eruiert, welche Kosten entstehen, wenn die einschlägige DIN-Norm 18040 zum „Barrierefreien Bauen“ auf Bestandspraxen übertragen wird. Es wurden untersucht:

- eine Altbau-Facharztpraxis in einer Großstadt,
- eine denkmalgeschützte Hausarztpraxis im ländlichen Raum in Ostdeutschland und
- eine bereits teilweise barrierefrei erreichbare Hausarztpraxis in Westdeutschland.

Die Expertise kommt zum Ergebnis, dass im Durchschnitt mit Kosten weit über 100.000 € für einen barrierefreien Umbau von Bestandspraxen zu rechnen ist. Um den weiteren Ausbau barrierefreier Arztpraxen zu fördern, haben daher die Vorstände der BZÄK, der KZBV, der BÄK und der KBV mit gemeinsamem Schreiben vom 6. Februar 2013 an die Bundesminister Dr. Rösler, Dr. von der Leyen und Bahr sowie den Behindertenbeauftragten und den Patientenbeauftragten der Bundesregierung dafür geworben, ein spezielles Programm der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) zur Förderung barrierearmer Praxen aufzulegen. Mit einem solchen KfW-Programm sollten alle Ärzte und Zahnärzte gefördert werden, die Investitionen zum Abbau von Barrieren in Angriff nehmen.

Es bleibt zu hoffen, dass mit einer konzertierten Aktion der weitere Ausbau einer barrierefreien Versorgung im Gesundheitswesen weiter vorangetrieben wird.

Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Sie vertritt die Interessen der 54.000 Vertragszahnärzte in Deutschland, d.h. aller Zahnärzte die auf der Grundlage der gesetzlichen Krankenversicherung Patienten behandeln. Die Aufgaben der KZBV, wie auch deren Mitgliedsorganisationen, die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen der Länder, resultieren aus den gesetzlichen Aufträgen im Vierten Kapitel des Sozialgesetzbuches V (SGB V). Die wichtigste Aufgabe der KZBV wie auch der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden, wohnortnahen zahnärztlichen Versorgung.

Ausgehend von dieser Aufgabe, ist das zentrale Ziel der Vertragszahnärzteschaft die Verbesserung der Mundgesundheit der Bevölkerung. Hier haben wir große Erfolge zu verzeichnen. Denn die Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten ganz erheblich verbessert. Die Erfolge sind auf den Paradigmenwechsel in der Zahnmedizin von einer kurativen hin zu einer präventiven Ausrichtung der Zahnheilkunde zurückzuführen. In den letzten Jahren ist es gelungen, das Mundgesundheitsbewusstsein der Bevölkerung grundlegend positiv zu verändern, was sich unter anderem in einem deutlich verbesserten eigenverantwortlichen Mundpflegeverhalten und der Bereitschaft niedergeschlagen hat, den Zahnarzt regelmäßig zur Kontrolle des Mundgesundheitszustandes aufzusuchen.¹

Versorgungskonzept für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen

Dieser Sicherstellungsauftrag gilt für alle gesetzlich Versicherten und somit auch für Menschen mit Behinderungen. Mit der 2008 in Kraft getretenen UN-Behindertenrechtskonvention haben die Vertragsstaaten das Recht von Menschen mit Behinderung auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit

¹ Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt, 2009: „Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Mundgesundheit“, Heft 47

ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung anerkannt. Das bedeutet, dass die Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie für andere Menschen erfolgen soll und dass Menschen mit Behinderung Anspruch auf Gesundheitsleistungen haben, die von ihnen speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden. Dieser Anspruch wird in der zahnmedizinischen Versorgung heute noch nicht erfüllt.

Die Umsetzung des Präventionsgedankens im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention besteht im zahnärztlichen Bereich darin, allen Patientinnen und Patienten in Deutschland die gleichen Möglichkeiten zur Vorbeugung von Zahnerkrankungen zu bieten. Wir wollen den erfolgreichen Präventionsansatz auf den gesamten Lebensbogen ausdehnen. Auch mit zunehmender Lebenserwartung sollen Menschen bis zum Lebensende ihre natürlichen Zähne und damit eine hohe Lebensqualität behalten. Die Verwirklichung des Inklusionsgedankens besteht für die Vertragszahnärzte darin, den Präventionsbogen auf das gesamte Leben auszudehnen und Teilhabegerechtigkeit zu ermöglichen. Dazu muss für jede Altersgruppe und für alle Patienten die gleiche Möglichkeit auf Zugang zu präventiven Leistungen gegeben sein.

Die demographische Entwicklung und die damit zunehmende Zahl pflegebedürftiger Menschen verdeutlichen uns, welche Annahmen dem GKV-Leistungskatalog für die zahnmedizinische Versorgung eigentlich zu Grunde liegen. Die Krankenversicherung geht davon aus, dass Erwachsene eigenverantwortlich Mundhygiene betreiben, selbständig eine Zahnarztpraxis aufsuchen können und bei der Behandlung kooperationsfähig sind. Die wachsende Zahl von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen können diese Voraussetzungen jedoch nicht erfüllen. Hier besteht eine strukturelle Lücke im zahnmedizinischen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.²

Folglich ist die Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen deutlich schlechter als die des Bevölkerungsdurchschnitts. Sie gehören zur Hochrisikogruppe für Parodontitis und Karieserkrankungen und

² I. Nitschke, I. Kaschke, 2011: „Zahnmedizinische Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen“, Bundesgesundheitsblatt, September 2011, Nr. 54, Seite 1073-1082

können an der grundsätzlich sehr positiven Entwicklung der Mundgesundheit nicht partizipieren. Das vorwiegend ehrenamtliche Engagement vieler Zahnärztinnen und Zahnärzte kann diese Versorgungslücke dauerhaft kaum schließen. Die zahnmedizinische Versorgung steht hier vor einer neuen, bisher ungekannten Herausforderung.

Im Leistungskatalog der GKV ist dieser Behandlungsbedarf bisher nicht abgebildet. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat 2009 in seinem Gutachten auf die unzureichende zahnmedizinische Versorgung dieser Patientengruppe aufmerksam gemacht.³ Als vorbildliches Modell, das als Beispiel für die Ausgestaltung der Versorgung herangezogen werden sollte, hebt der Sachverständigenrat das Modellprojekt „Teamwerk“ hervor, das in München stationär pflegebedürftige Menschen mehrmals im Jahr aufsucht und Präventionsleistungen in der Mundhöhle durchführt, was zu einer deutlichen Verbesserung der Mundpflegeparameter geführt hat.⁴ Zur Lösung der Versorgungsprobleme hat die KZBV deshalb an einem Runden Tisch gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin und der AG Behindertenbehandlung im Berufsverband Deutscher Oralchirurgen ein zahnärztliches Versorgungskonzept mit dem Titel „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ erarbeitet und im Juni 2010 veröffentlicht. Das Konzept stellt – aufbauend auf den Erfolg, den Prophylaxemaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen haben – auf die Bedürfnisse von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung ab und trägt dem größeren zahnärztlichen Behandlungs- und Präventionsbedarf Rechnung.

Bei den Betroffenenverbänden haben unsere Vorschläge breite Zustimmung erfahren. Auf Tagungen haben wir unser Konzept einem großen Teilnehmerkreis aus Politik, Wohlfahrtsverbänden und Betroffenenorganisationen vorgestellt, sind auf positive Resonanz gestoßen und haben Mitstreiter gewonnen, die sich mittlerweile unser Konzept zu eigen gemacht haben und selbst auf eine Umsetzung hinwirken. Durch Publikationen, Veranstaltungen, Diskussionsforen und Gespräche haben wir es gemeinsam geschafft, das Konzept innerhalb kurzer Zeit bekannt zu machen.

³ Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009: „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“

⁴ Ebd., Kapitel 6

Die nötigen Grundlagen zur Umsetzung des Versorgungskonzeptes muss jedoch der Gesetzgeber schaffen. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz und dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz haben die Regierungsfractionen von CDU, CSU und FDP erste Bausteine unseres Konzeptes aufgegriffen. Unsere Vorschläge haben auch Eingang gefunden in die Anträge der Oppositionsfractionen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke. So zeigt beispielsweise die SPD-Bundestagsfraction in ihrem Antrag „UN-Konvention jetzt umsetzen – Chancen für eine inklusive Gesellschaft nutzen“ auf, dass spezieller Handlungsdruck u.a. in der zahnärztlichen Behandlung bestehe. Die Fraction von Bündnis 90/Die Grünen fordert in einem Antrag entsprechend unseres Konzeptes präventive zahnmedizinische Leistungen für kognitiv und motorisch eingeschränkte Menschen.

In der abgelaufenen Legislaturperiode sind mit dem Versorgungsstrukturgesetz und dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz erste Schritte zur Umsetzung unseres Konzeptes gelungen. Der Bewertungsausschuss hat in Umsetzung des Versorgungsstrukturgesetzes im Dezember 2012 einen Beschluss zur Vergütung des Mehraufwandes bei der aufsuchenden Betreuung Pflegebedürftiger sowie von Menschen mit Behinderung oder eingeschränkter Alltagskompetenz gefasst. Die neuen Leistungspositionen sind im April 2013 in Kraft getreten. Damit ist ein erster Baustein aus unserem Konzept umgesetzt. Auch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz sieht die Einführung einer weiteren Leistungsposition für die aufsuchende zahnmedizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen vor. Sie kann von Zahnärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit einer stationären Einrichtung erbracht und abgerechnet werden. In Vorbereitung der Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband zur Umsetzung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes hat die KZBV einen Runden Tisch mit Experten aus der Alters- und Behindertenzahnheilkunde und Vertretern von Pflegeheimbetreibern und von Pflegeberufen diskutiert.

Trotz dieser beiden Erfolge ist der Leistungsanspruch für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen aber weiterhin auf den GKV-Leistungskatalog beschränkt, jetzt ergänzt um Leistungspositionen für die aufsuchende Versorgung. Die Prävention bleibt bislang unberücksichtigt. Ein entspre-

chender Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen im Gesundheitsausschuss für zahnmedizinische Präventionsmaßnahmen speziell für Menschen mit Behinderung fand letztlich doch keinen Eingang in das Präventionsgesetz.

Um die aufgezeigten Versorgungslücken zu schließen und den Ansprüchen aus der UN-Konvention Rechnung zu tragen, ist es aber dringend erforderlich, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen und bedarfsadäquate, präventive Leistungen in den GKV-Katalog für diesen Personenkreis aufzunehmen. Unser Konzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ bietet sich hierfür als Blaupause an. Die Zahnärzteschaft spricht sich entschieden dafür aus, für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung präventive Maßnahmen im SGB V zu verankern. Für diesen Personenkreis ist die Verbesserung der Mundgesundheit durch Präventionsmaßnahmen von besonderer Bedeutung. Der Gesetzgeber ist gefordert, Prävention für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung zu ermöglichen und damit die Idee der UN-Behindertenrechtskonvention im zahnmedizinischen Bereich mit Leben zu füllen. Wir haben das Know-how, solche Konzepte zu entwickeln, aber für die Umsetzung sind wir auf die Unterstützung der Politik angewiesen.

Barrierefreiheit zum Ziel setzen

Dort wo wir allein – ohne die Politik – vorangehen können, da tun wir es auch. Das Thema Barrierefreiheit liegt uns sehr am Herzen. Daher haben wir in diesem Bereich mehrere Initiativen gestartet. Die sichtbarste war sicherlich eine gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen der Bundeszahnärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer veranstaltete Tagung am 9. September 2013 mit dem Titel „Barrieren abbauen“ in Berlin. Dabei haben wir mit Experten und dem interessierten Publikum das Abbauen von u.a. mentalen, baulichen und gesetzlichen Hürden diskutiert. Die Bundesregierung will mit ihrem „Nationalen Aktionsplan“ die Inklusion von Menschen mit Behinderungen unterstützen und hat dafür einen Maßnahmenkatalog erarbeitet, der sich auch gezielt an Ärzte und Zahnärzte richtet. Die Ärzte- und Zahnärzteschaft hat mit dieser Tagung einen Beitrag dazu geleistet und für eine barrierefreie medizinische Versorgung sensibilisiert sowie bereits bestehende Initiativen und Maßnahmen vorgestellt.

So stellen Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Zahnärztekammern Praxisführer für Patienten mit Behinderungen bereit. Diese Bemühungen auf Landesebene versuchen wir mit einer Zahnarzt-App für mobile Endgeräte, die im Auftrag der KZBV entwickelt wurde, zusammenzuführen. Bei der App können sich Zahnärzte selbst eintragen und dabei u.a. Hinweise darauf geben, ob ihre Praxis barrierefrei ist oder ob sie Haus- bzw. Heimbesuche durchführen. Damit wollen wir einen Beitrag dazu leisten, Patienten und Zahnärzte schneller und passgenauer zusammenzubringen, abgestimmt auf die Bedürfnisse der Patienten.

Zudem hat sich die KZBV am Fachausschuss „Gesundheit, Pflege, Prävention, Rehabilitation“ beteiligt, der den Inklusionsbeirat der Staatlichen Koordinierungsstelle zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention unterstützt. Im Fachausschuss wurden u.a. der Zugang zur Rehabilitation für schwerbehinderte Menschen und der barrierefreie Zugang zu Gesundheitsangeboten diskutiert.

Um die Zahnärzteschaft beim barrierefreien Umbau der Praxen zu unterstützen, haben wir auf der – weitestgehend barrierefreien – Homepage der KZBV eine Art Checkliste zusammengestellt, was beim barrierefreien Umbau alles zu beachten ist.⁵ Des Weiteren hat bei der 35. Internationalen Dental-Schau 2013 in Köln in unserem Auftrag ein fachkundiger Architekt interessierte Besucher beraten, wie sie ihre Zahnarztpraxis barrierefrei oder barrierearm umbauen können. Eines steht dabei fest: billig ist das nicht! Auch hier brauchen wir die Unterstützung der Politik. Gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer haben wir daher den Vorschlag gemacht, dass die Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) ein spezielles Förderprogramm auflegen sollte, um den weiteren barrierefreien Ausbau von Arzt- und Zahnarztpraxen zu fördern und dies gegenüber den Bundesministern für Gesundheit, Wirtschaft, Arbeit und Soziales sowie dem Patientenbeauftragten und dem Behindertenbeauftragten der Bundesregierung zum Ausdruck gebracht.

⁵ KZBV, 2013: „Die barrierefreie Praxis“ (<http://www.kzbv.de/die-barrierefreie-praxis.752.de.html>)

Die KZBV als Arbeitgeber

Die KZBV fördert zur Umsetzung des Inklusionsgedankens Schwerbehinderte bei Personalauswahlverfahren und erfüllt daher die Schwerbehindertenquote, so dass sie von der Schwerbehindertenabgabe befreit ist. Ein Schwerbehindertenvertreter des Arbeitgebers ist bestellt. 2013 fanden Wahlen zur Personalvertretung für Schwerbehinderte statt. Da Inklusion auch bedeutet, Unterschiede zu nivellieren, können natürlich alle Kolleginnen und Kollegen in der KZBV die Maßnahmen und Angebote zur Gesundheitsförderung wahrnehmen, wie etwa ergonomische Möbel, Fußbänke, Auflagen für Maus und Tastatur, Bildschirm-Augenschutz, Rückenschule und einen Zuschuss zu den Kosten der professionellen Zahnreinigung. Auch das Hamburger Modell zur Wiedereingliederung längerfristig Erkrankter wird bei der KZBV umgesetzt.

Viel erreicht, viel zu tun

Abschließend lässt sich feststellen, dass wir einige wichtige Schritte gemacht haben, aber es liegt noch ein langer Weg vor uns, um zahnmedizinische Zugangs- und Versorgungsgerechtigkeit im Sinne des Inklusionsbegriffs der UN-Behindertenrechtskonvention zu schaffen, sowohl was die Ansprüche der Betroffenen angeht als auch die Ausstattung der Praxen, um diesen Ansprüchen gerecht werden zu können.

UN-Behindertenrechtskonvention – was macht der vdek?

Verband der Ersatzkassen

Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleister aller sechs Ersatzkassen – BARMER GEK, TK – Techniker Krankenkasse, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse – KKH, HEK – Hanseatische Krankenkasse und hkk, die zusammen mehr als 26 Millionen Menschen in Deutschland versichern.

Der vdek als Nachfolgeorganisation des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) wurde am 20. Mai 1912 unter dem Namen „Verband kaufmännischer eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“ in Eisenach gegründet. Sein Hauptsitz mit rund 230 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern befindet sich seit dem 29. Juni 2009 in Berlin. Auf der Landesebene sorgen 15 Landesvertretungen und eine Geschäftsstelle in Westfalen-Lippe mit insgesamt weiteren rund 300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

Der vdek erfüllt regelmäßig die gesetzliche Quote zur Beschäftigung von Schwerbehinderten. So wurde beispielsweise im Jahr 2012 eine Quote von 5,19 Prozent erreicht. Darüber hinaus vergibt der vdek zahlreiche Aufträge an Werkstätten für Behinderte, zum Beispiel die Entsorgung von Elektrogeräten oder die fachgerechte Vernichtung von Daten.

Aufgrund der Beschäftigtenzahl wird im vdek eine Schwerbehindertenvertretung gewählt, und zwar jeweils eine Vertrauensperson der Schwerbehindertenvertretung für die Verbandszentrale in Berlin und die Landesvertretungen sowie ein stellvertretendes Mitglied. Der vdek – in seiner Funktion als Arbeitgeber – arbeitet eng mit der Schwerbehindertenvertretung zusammen und bezieht diese in alle Angelegenheiten, die einen einzelnen oder die schwerbehinderten Menschen als Gruppe berühren, ein. In der Praxis bedeutet dies, dass die Schwerbehindertenvertretung bei der Besetzung von Stellen einbezogen wird, wenn sich schwerbehinderte oder gleichgestellte Personen

bewerben, an Sitzungen des Betriebsrates teilnimmt, im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements eingebunden ist und vieles mehr.

Spezielle Maßnahmen oder Vereinbarungen für schwerbehinderte Personen gibt es beim vdek nicht. Gefragt nach ihrer Aufgabe und Rolle berichtet die Schwerbehindertenvertreterin des vdek: „Die Unternehmensgröße und die Zahl der schwerbehinderten oder gleichgestellten Mitarbeiter/innen ist überschaubar, so dass es bei meiner Arbeit als Schwerbehindertenvertretung vor allem darauf ankommt, Anlaufstelle und Vertrauensperson für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sein und individuell auf deren Anliegen einzugehen. Die meisten betroffenen Kolleginnen und Kollegen suchen Unterstützung, die zu den üblichen Aufgaben einer Schwerbehindertenvertretung gehören. Die Anfragen reichen von Hilfestellungen bei der Antragsstellung auf eine Gehaltsumstufung bis hin zur vermittelnden Rolle bei Wiedereingliederungen. Dort, wo gesetzliche Bestimmungen existieren, ist es unkompliziert, diese im vdek auch durchzusetzen. Schwieriger wird es gelegentlich, wenn die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter sich beeinträchtigt fühlt oder ist, aber noch nicht zu dem geschützten Personenkreis nach dem Schwerbehindertenrecht zählt. Hier gilt es, für alle vorteilhafte und tragbare Lösungen zu finden, was bisher stets gelungen ist.“

Mit dem Umzug der Verbandszentrale im Jahr 2009 nach Berlin eröffnete sich die Möglichkeit, mehr Barrierefreiheit in den Räumen des vdek zu verwirklichen. Gerade die Verbandstätigkeit ist von einer hohen Sitzungsfrequenz mit bzw. bei vielen unterschiedlichen Organisationen mit unterschiedlichen Menschen geprägt. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, dass die Organisationen selbst baulich so ausgestaltet und technisch so ausgestattet sind, dass sie für Menschen mit Behinderungen keine Barrieren darstellen. Da der vdek ursprünglich nur Mieter seines neuen Standortes war, konnte dem Aspekt der Barrierefreiheit nur so weit nachgekommen werden, wie der Vermieter dies zugelassen hat. Zwischenzeitlich wurde im Rahmen von Umbaumaßnahmen in diesem Bereich noch einiges nachgeholt. Auch zukünftig wird die Herstellung von Barrierefreiheit einen besonderen Stellenwert beim vdek behalten. So zum Beispiel auch bei der aktuellen Überarbeitung der vdek-homepage.

Die besten baulichen und technischen Unterstützungen helfen jedoch nur so viel, wie die Mitmenschen auch bereit sind, sie zu benutzen. Hier – wie auch in vielen Bereichen – fehlt es oft noch an Bewusstsein. Im Falle einer Hörbehinderung sind Mikrofone nur dann hilfreich, wenn sie auch genutzt werden. Kleinigkeiten, wie das Sprechen zur Seite oder Durcheinanderreden erschweren die Teilnahme am Diskussionsverlauf. Hier sind am Ende alle – derjenige, der dem Sitzungsverlauf nicht folgen kann, aber auch die Sitzungsleitung und alle anderen Sitzungsteilnehmer – immer wieder gefordert, gemeinsam darauf zu achten, dass Barrierefreiheit tatsächlich gelebt und damit Teilhabe ermöglicht wird.

Die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) hat nach dem Gesetz für Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX) weitere Impulse gegeben, um die Teilhabe und Inklusion für Menschen mit Behinderungen auszubauen. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung (NAP) umfasst einen Zeithorizont von zehn Jahren und zeigt eine Reihe von Zielen, Handlungsfeldern und konkret zu bewältigenden Aufgaben auf.

Die Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung unterstützen behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen selbstbestimmt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. Allerdings – und dies zeigt auch der NAP – gibt es hier noch Verbesserungspotential. Der vdek hat sich bisher gegen die Verabschiedung eines eigenen Aktionsplans und stattdessen für die sofortige Einbeziehung der BRK in die laufende Arbeit und die konkrete Umsetzung der im NAP gestellten Aufgaben entschieden. Dies geschieht beispielsweise durch

- die Berücksichtigung des Leitgedankens der Inklusion bei den Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA),
- die Anpassung der Heilmittel-Richtlinie an die Nomenklatur der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF),
- die Bedarfsfeststellung auf Grundlage der ICF,
- die Etablierung der langfristigen Heilmittelverordnung für Versicherte mit dauerhaften, schwerwiegenden Behinderungen,

- die Festlegung, dass Heilmittelerbringung für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr auch in tagesstrukturierenden Fördereinrichtungen und Regelschulen (Inklusionsschulen) möglich ist,
- die Umsetzung des Patientenrechtegesetzes,
- die Beteiligung an der Initiative RehaFutur des BMAS,
- die Förderung des betrieblichen Eingliederungsmanagements u. a. durch ein gemeinsames Projekt von Ersatzkassen und der DRV Bund „TOUR de BEM“,



Abbildung 1: Logo der Initiative „Tour de BEM“

- die Unterstützung des Persönlichen Budgets,
- die Qualitätssicherung der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation,
- den Ausbau wohnortnaher ambulanter und mobiler Rehabilitation,
- die Forderung und Förderung von Barrierefreiheit bei Leistungserbringern z. B. Reha-Einrichtungen.

Ein wesentliches Anliegen des vdek ist, die Menschen bei der Suche und Auswahl von sowie dem Zugang zu Leistungen zu unterstützen. Hierfür wurden bereits drei Leistungsfinder, der vdek-Pflegelotse, der vdek-Kliniklotse und der vdek-Arztlotse eingerichtet.

Der Pflegeklotse hilft bei der Suche nach einer geeigneten Pflegeeinrichtung im gesamten Bundesgebiet. Zu finden sind Informationen z. B. über die Größe, die Kosten, besondere Versorgungsformen, die Lage sowie über die entsprechenden Anschriften der Einrichtungen. Auch ein Vergleich ausgesuchter Einrichtungen ist möglich. Zusätzlich sind die Pflegenoten gelistet, die über die Qualität der jeweiligen Einrichtung informieren.

Hier finden Sie Informationen über die Pflegenoten vdek Pflegeklotse

vdek Die Bundeskassen | Pflegeklotse

Herzlich Willkommen beim vdek Pflegeklotse

Sie suchen eine passende ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtung?
Sie möchten sich über Kosten, Qualität und Lage der Einrichtung informieren?

Der Pflegeklotse hilft Ihnen oder Ihren Angehörigen bei Ihrer Suche nach einer geeigneten Einrichtung im gesamten Bundesgebiet. Sie finden Informationen z.B. über die Größe, die Kosten, besondere Versorgungsformen, die Lage sowie über die entsprechenden Anschriften der Einrichtungen. Auch ein Vergleich ausgesuchter Einrichtungen ist möglich.

Im Pflegeklotse finden Sie oder Ihre Angehörigen zusätzlich die Pflegenote, die Sie über die Qualität der Einrichtung informiert.

Der Pflegeklotse bietet Ihnen einen schnellen Überblick über das Angebot der Einrichtungen - er ersetzt jedoch in keinem Fall eine ausführliche Pflegeberatung durch die zuständige Pflegekasse.

Ab sofort können Sie den vdek-Pflegeklotse auch von unterwegs nutzen. Im iTunesStore von Apple steht die APP des vdek-Pflegeklotse zum Download zur Verfügung.

Hilfe
Die Hilfekästchen führen Sie durch die einzelnen Punkte der Suchmasken.

Finden Sie Ihre individuelle Versorgungsform!
Zur Suche

Erstauswahl | Heftauswahlabschluss | Glossar | Fragen & Antworten | Kontakt | Die Erstauswahl | Anstalts | Klinikklotse

Abbildung 2: Website „vdek Pflegeklotse“

Mit dem vdek-Kliniklotsen kann auf die Schnelle ein Krankenhaus in einer bestimmten Region oder im Hinblick auf konkrete Diagnosen gesucht werden. Die hierzu verwendete Datenbasis sind die Qualitätsberichte der Krankenhäuser, die entsprechend der gültigen Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschuss erstellt wurden.

Über den Arztlotsen können Arzt- und Zahnarztpraxen oder Psychotherapeuten gesucht werden. Besonderheiten wie Abendsprechstunden sind ebenso abrufbar wie Einschätzungen anderer Patienten über die jeweilige Praxis.

Das Ärzteverzeichnis umfasst 240.000 Adressen aller Ärzte, Zahnärzte und Psychologischen Psychotherapeuten mit kassenärztlicher Zulassung in Deutschland. Lobend hervorgehoben hat der Behindertenbeauftragte der Bundesregierung, dass der vdek-Arztlotse auch zeigt, ob eine Arzt-, Zahnarzt- oder Psychotherapiepraxis barrierefrei zugänglich ist.



Abbildung 3: Website „vdek Arztlotse“

Auch auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat sich der vdek dafür eingesetzt, keinen allumfassenden Aktionsplan zu verabschieden, sondern den Fokus zunächst auf drei wesentliche Handlungs-

felder zu richten und hierfür wirksame Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen. Davon unabhängig wird natürlich, wie schon durch das SGB IX vorgegeben, bei allen Arbeiten und Aufgaben das Ziel der Gleichbehandlung, Teilhabe und Selbstbestimmung angestrebt.

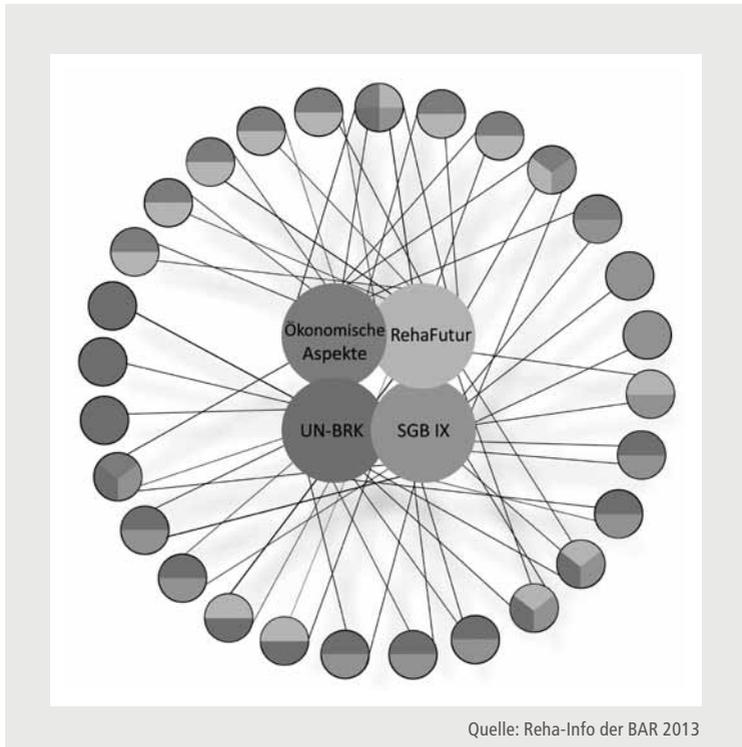


Abbildung 4: Zentrale Bezugspunkte für die Arbeit der BAR

Folglich hat die BAR in ihrem aktuellen „Orientierungsrahmen für die Arbeit der BAR 2013 - 2015“ neben zwei weiteren die BRK und das SGB IX als Bezugspunkte, an denen sich die Arbeit der nächsten Jahre ausrichtet.

Der Maßnahmenkatalog der BAR zur Umsetzung der BRK fokussiert drei Handlungsfelder:

1. Bewusstseinsbildung
2. Barrierefreiheit
3. Internationale Kooperation und Erfahrungsaustausch



Quelle: Reha-Info der BAR 2010

Abbildung 5: Podiumsdiskussion beteiligter Akteure – v.l. sitzend: Marion Götz (DRV Bund); Marion Rink (Deutsche Rheuma-Liga); Uwe Minta (BA); Dr. Helga Seel (BIH); Dr. Friedrich Mehrhoff (DGUV); Dr. Sigrid Arnade (ISL); Franz Schmeller (BAGüS); Karl-Heinz Miederer (ACCESS); Edelinde Eusterholz (vdek).

Wie schon bei der Auftaktveranstaltung, dem Workshop der BAR zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention auf der REHACARE 2010 in Düsseldorf, wird der vdek auch weiterhin bei der Realisierung der jeweiligen Maßnahmen aktiv mitwirken.

Auch mit vielen anderen Partnern startet der vdek unterschiedliche Aktivitäten, um einen entscheidenden Beitrag auf dem Weg in eine inklusive Gesellschaft zu leisten. Der vdek ist einer der Kooperationspartner der

Initiative Gesundheit und Arbeit (iga). Auch in diesem trägerübergreifenden Verbund spielt die BRK eine Rolle. Aktuell wird dort ein Projekt „Recherche und Zusammenstellung von Faktoren, die die Einstellung/Beschäftigung von Menschen mit Behinderung im Arbeitsleben hemmen bzw. fördern“ umgesetzt. Ziel ist es, Gründe für die geringe Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben zu ermitteln. Auf dieser Grundlage sollen dann Maßnahmen konzipiert oder weiter ausgebaut werden, die eine erfolgreiche Eingliederung fördern bzw. die Teilhabe am Arbeitsleben sichern.

Der vdek sieht sich als ein Akteur auf dem Weg in eine inklusive Gesellschaft und wird auch zukünftig mit den Ersatzkassen und anderen dieses Ziel verfolgen.

Anhang

Auszug aus der UN-Behindertenrechtskonvention, Art. 25–28

Artikel 25 Gesundheit

Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, ein schließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Insbesondere

a) stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehender Programme des öffentlichen Gesundheitswesens;

b) bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, soweit angebracht, einschließlich Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen;

c) bieten die Vertragsstaaten diese Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich an, auch in ländlichen Gebieten;

d) erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, in dem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen;

e) verbieten die Vertragsstaaten die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung, soweit eine solche Versicherung nach innerstaatlichem Recht zulässig ist; solche Versicherungen sind zu fairen und angemessenen Bedingungen anzubieten;

f) verhindern die Vertragsstaaten die diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder -leistungen oder von Nahrungsmitteln und Flüssigkeiten aufgrund von Behinderung.

Artikel 26 Habilitation und Rehabilitation

(1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich durch die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste, und zwar so, dass diese Leistungen und Programme

a) im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen;

b) die Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran unterstützen, freiwillig sind und Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten.

(2) Die Vertragsstaaten fördern die Entwicklung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Habilitations- und Rehabilitationsdiensten.

(3) Die Vertragsstaaten fördern die Verfügbarkeit, die Kenntnis und die Verwendung unterstützender Geräte und Technologien, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, für die Zwecke der Habilitation und Rehabilitation.

Artikel 27 Arbeit und Beschäftigung

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf Arbeit; dies beinhaltet das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird. Die Vertragsstaaten sichern und fördern die Verwirklichung des Rechts auf Arbeit, einschließlich für Menschen, die während der Beschäftigung eine Behinderung erwerben, durch geeignete Schritte, einschließlich des Erlasses von Rechtsvorschriften, um unter anderem

a) Diskriminierung aufgrund von Behinderung in allen Angelegenheiten im Zusammenhang mit einer Beschäftigung gleich welcher Art, einschließlich der Auswahl-, Einstellungs- und Beschäftigungsbedingungen, der Weiterbeschäftigung, des beruflichen Aufstiegs sowie sicherer und gesunder Arbeitsbedingungen, zu verbieten;

b) das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf gerechte und günstige Arbeitsbedingungen, einschließlich Chancengleichheit und gleichen Entgelts für gleichwertige Arbeit, auf sichere und gesunde Arbeitsbedingungen, einschließlich Schutz vor Belästigungen, und auf Abhilfe bei Missständen zu schützen;

c) zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen ihre Arbeitnehmer- und Gewerkschaftsrechte gleichberechtigt mit anderen ausüben können;

d) Menschen mit Behinderungen wirksamen Zugang zu allgemeinen fachlichen und beruflichen Beratungsprogrammen, Stellenvermittlung sowie Berufsausbildung und Weiterbildung zu ermöglichen;

- e) für Menschen mit Behinderungen Beschäftigungsmöglichkeiten und beruflichen Aufstieg auf dem Arbeitsmarkt sowie die Unterstützung bei der Arbeitssuche, beim Erhalt und der Beibehaltung eines Arbeitsplatzes und beim beruflichen Wiedereinstieg zu fördern;
- f) Möglichkeiten für Selbständigkeit, Unternehmertum, die Bildung von Genossenschaften und die Gründung eines eigenen Geschäfts zu fördern;
- g) Menschen mit Behinderungen im öffentlichen Sektor zu beschäftigen;
- h) die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen im privaten Sektor durch geeignete Strategien und Maßnahmen zu fördern, wozu auch Programme für positive Maßnahmen, Anreize und andere Maßnahmen gehören können;
- i) sicherzustellen, dass am Arbeitsplatz angemessene Vorkehrungen für Menschen mit Behinderungen getroffen werden;
- j) das Sammeln von Arbeitserfahrung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt durch Menschen mit Behinderungen zu fördern;
- k) Programme für die berufliche Rehabilitation, den Erhalt des Arbeitsplatzes und den beruflichen Wiedereinstieg von Menschen mit Behinderungen zu fördern.

(2) Die Vertragsstaaten stellen sicher, dass Menschen mit Behinderungen nicht in Sklaverei oder Leibeigenschaft gehalten werden und dass sie gleichberechtigt mit anderen vor Zwangs- oder Pflichtarbeit geschützt werden.

Artikel 28 Angemessener Lebensstandard und sozialer Schutz

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf einen angemessenen Lebensstandard für sich selbst und ihre Familien, einschließlich angemessener Ernährung, Bekleidung und Wohnung, sowie auf eine stetige Verbesserung der Lebensbedingungen und unterneh-

men geeignete Schritte zum Schutz und zur Förderung der Verwirklichung dieses Rechts ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung.

(2) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf sozialen Schutz und den Genuss dieses Rechts ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung und unternehmen geeignete Schritte zum Schutz und zur Förderung der Verwirklichung dieses Rechts, einschließlich Maßnahmen, um

- a) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigten Zugang zur Versorgung mit sauberem Wasser und den Zugang zu geeigneten und erschwinglichen Dienstleistungen, Geräten und anderen Hilfen für Bedürfnisse im Zusammenhang mit ihrer Behinderung zu sichern;
- b) Menschen mit Behinderungen, insbesondere Frauen und Mädchen sowie älteren Menschen mit Behinderungen, den Zugang zu Programmen für sozialen Schutz und Programmen zur Armutsbekämpfung zu sichern;
- c) in Armut lebenden Menschen mit Behinderungen und ihren Familien den Zugang zu staatlicher Hilfe bei behinderungsbedingten Aufwendungen, einschließlich ausreichender Schulung, Beratung, finanzieller Unterstützung sowie Kurzzeitbetreuung, zu sichern;
- d) Menschen mit Behinderungen den Zugang zu Programmen des sozialen Wohnungsbaus zu sichern;
- e) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigten Zugang zu Leistungen und Programmen der Altersversorgung zu sichern.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung (GVG) e.V.
Hansaring 43
D-50670 Köln

info@gvg.org
www.gvg.org

Tel.: +49(0)221 91 28 67-0
Fax: +49(0)221 91 28 67-6

Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. wird getragen durch einen breiten und pluralistischen Kreis von Institutionen der sozialen Sicherung in Deutschland. Ihre Mitglieder nehmen bei der Ausübung ihrer Aufgaben regelmäßig direkten Einfluss auch auf die Verwirklichung der Rechte von Menschen mit Behinderung. Im vorliegenden Band berichten maßgebliche Institutionen des Gesundheitswesens über Ihre Strategie zur Umsetzung der im Jahr 2006 verabschiedeten und 2008 in Kraft getretenen UN-Behindertenrechtskonvention sowie die bestehenden Entwicklungspotentiale in Ihrem Arbeitsfeld. Die Beiträge stammen aus der Feder der Bundesärztekammer, der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation, dem Spitzenverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der Deutschen Gesetzlichen Rentenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie des Verbandes der Ersatzkassen.

