

## Der Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderung

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales  
Oranienstr. 106, 10969 Berlin

Referat des Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderung für die Auftaktveranstaltung zu einem „**Runden Tisch zur Verbesserung der gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderung in Berlin**“

### Zum Stand der Durchsetzung der UN-Behindertenkonvention im Berliner Gesundheitswesen

Sehr geehrte Frau Dr. Begenau,  
sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie ganz herzlich und danke Ihnen für Ihre Einladung zu dieser Veranstaltung, die ein aus meiner Sicht sehr wichtiges Thema aufgreift.

Am 26. März 2009 ist das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung, in der Regel UN-Behindertenrechtskonvention genannt, in Kraft getreten. Damit hat sich die Bundesrepublik Deutschland als Vertragsstaat verpflichtet, die „volle Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundrechte für alle Menschen mit Behinderungen ohne jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung zu gewährleisten und zu fördern“ (Art. 4 Absatz 1 Satz 1 UN-BRK). Die Konvention schafft zwar keine neuen Rechte für Menschen mit Behinderung, sondern konkretisiert bereits bestehende und formuliert eine Vielzahl spezifischer, auf die Lebenssituationen von Menschen mit Behinderung abgestimmter Regelungen; sie stellt sie aber ausdrücklich in den menschenrechtlichen Kontext.

Dazu gehört auch das im Artikel 25 eingeforderte Recht „auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung.“ Und weiter heißt es: „Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Insbesondere 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; (Artikel 25 Satz 1 und 2 sowie Buchstabe a) UN-BRK).

Diese Verpflichtung gilt auch für die Länder und Kommunen sowie für alle öffentlichen Sozialleistungsträger unabhängig von einer möglichen Selbstverwaltung, denn weder die Bundesrepublik Deutschland noch die Länder haben im Ratifizierungsprozess Vorbehalte erklärt. Es ist also darauf zu achten, dass Anwendung und Auslegung des Rechts in Übereinstimmung mit der UN-BRK zu bringen sind.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Welti, Felix: „Artikel 25 und 26 Gesundheit, Habilitation und Rehabilitation“ in Welke, Antje (Hrsg.): „UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen. Kommentar (K 2)“, Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentlichen und private Fürsorge e. V. Berlin, 2012, S. 179

Das Leitbild der Konvention ist die Inklusion und seit ihrer Ratifizierung wird vielstimmig und kontrovers über diesen Begriff diskutiert. Dabei vereinfacht es die Debatte auch nicht, dass es den Begriff in verschiedenen Zusammenhängen gibt und er sich nicht immer nur auf die Belange von Menschen mit Behinderung bezieht.

Auch in der UN-BRK findet sich keine eindeutige Definition, doch durch ihren normativen Hintergrund ist Inklusion im Sinne der Konvention die menschenrechtlich begründete Forderung nach der vollen und gleichberechtigten Teilhabe in allen Lebensbereichen. Sie bezieht die Vielfalt aller Menschen ein, geht von der Besonderheit und den Bedürfnissen eines jeden Einzelnen aus und meint die barrierefreie Anpassung der Umgebung an die Menschen.

Aber was bedeutet eigentlich „barrierefrei“?

Das Bundesbehindertengleichstellungsgesetz aus dem 2002 definiert „Barrierefreiheit“ im § 4 folgendermaßen: „Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind.“

Diese Definition findet sich fast wörtlich auch im § 4a unseres Landesgleichberechtigungsgesetzes und sie zeigt, dass Barrierefreiheit weit über den baulichen Aspekt hinausgeht und sich gleichermaßen auf materielle und immaterielle Aspekte bezieht.

Diese Definition verweist aber auch auf ein großes und immer noch ungelöstes Problem unseres Versorgungssystems: Trotz einer insgesamt befriedigenden Gesundheitsinfrastruktur, weist die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung/Beeinträchtigungen in Berlin Mängel auf und stellt sowohl die betroffenen Patienten und ihre Familien als auch die Einrichtungen der Behindertenhilfe und Ärzte vor große Herausforderungen.

Nach einer Auswertung der mobidat Datenbank zur Barrierefreiheit von Arztpraxen ausgewählter Fachbereiche in Berlin mit dem Stand vom 17.09.2013 sind barrierefreie Arztpraxen im Verhältnis zu allen Arztpraxen stark unterrepräsentiert. Nach diesen Untersuchungen ist in Berlin nur ca. 1 % der untersuchten Praxen für Rollstühle zugänglich, wenn die Kriterien der entsprechenden DIN Normen als Maßstab genommen werden.

Bezieht man die Ausstattung für hörgeschädigte und gehörlose, sehgeschädigte und blinde Patientinnen und Patienten sowie Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ein, lässt sich sagen, dass von 3881 Arztpraxen aus sieben verschiedenen Fachgebieten 1468 Praxen eines der 16 von mobidat eindeutig definierten Merkmalen zur Barrierefreiheit vorhalten.

Zudem fehlt vielfach behindertengerechtes Mobiliar wie beispielsweise höhenverstellbare Untersuchungsmöbel und Apparate, so dass sowohl die medizinische Diagnostik als auch eine adäquate Behandlung erschwert oder im Extremfall nicht möglich ist. Auch das medizinische Personal ist vielfach im Umgang mit Menschen mit Behinderung unzureichend oder gar nicht ausgebildet und die Abrechnungsmodalitäten der Krankenkassen berücksichtigen die zeitaufwendigeren Untersuchungen und Behandlung von Menschen mit Behinderung nicht. Auch die Sorgen vor einer Budgetüberschreitung mancher Ärzte bei der Therapie möchte ich nicht unerwähnt lassen.

Damit sind wir uns sicher einig, dass sich diese Situation nicht mit dem bereits erwähnten Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention in Einklang bringen lässt.

Bauliche oder sonstige Barrieren schränken Menschen mit Behinderung in der freien Arztwahl nach § 76 SGB V faktisch ein. Fehlende Barrierefreiheit führt unter Umständen auch dazu, dass eine notwendige medizinische Versorgung nicht in Anspruch genommen werden kann.

Ebenso wird sie möglicherweise für das über die Jahre hinweg gewachsene Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zum Problem werden, wenn sich altersbedingte Behinderungen einstellen und zu einem erzwungenen Arztwechsel führen. Hier ist insbesondere auf das besondere Vertrauen in der Arzt-Patienten-Beziehung zu verweisen, welches für den Behandlungserfolg eine wesentliche Rolle spielen kann und dann erst neu entstehen muss.

Einig sind wir uns aber auch sicher, dass die skizzierte quantitative und qualitative Datenlage ausgesprochen dürftig ist. Eine exakte Überprüfung des Angebotes an barrierefreien Arztpraxen und andern medizinischen Versorgungseinrichtungen ist nicht möglich, da keine belastbaren Daten über den Ist-Zustand der barrierefreien Arztpraxen nach einheitlichen und verbindlichen Kriterien erhoben werden. Datenbanken und andere Quellen zu barrierefreien Praxen beruhen oft auf Selbstauskunft und sind damit abhängig von der Einschätzung der Auskunft Gebenden.

Infolgedessen sind die Auskünfte häufig falsch positiv: Barrierefreiheit wird behauptet, obgleich nicht oder nur teilweise vorhanden, oder falsch negativ: Barrierefreiheit wird nicht angegeben, um keine zusätzliche „zeitintensiven“ und „teuren“ Patienten anzuziehen. Überdies fehlen – mit Ausnahme von mobidat - für diese Datenbanken eindeutige, verbindlich in DIN Normen festgeschriebene Definitionen von Barrierefreiheit in allen Bereichen.

Aus meiner Sicht ist diese unklare Datenlage nicht konform mit der UN-BRK, da der Artikel 31 „Statistik und Datensammlung“ die Vertragsstaaten „zur Sammlung geeigneter Informationen, einschließlich statistischer Angaben und Forschungsdaten,“ (verpflichtet) „die ihnen ermöglichen, politische Konzepte zur Durchführung dieses Übereinkommens auszuarbeiten und umzusetzen.“ (Artikel 31, Absatz1, Satz 1 UN-BRK).

Trotz der soeben geschilderten Schwierigkeiten und Problemen lässt sich aber auch beobachten, dass die Bedeutung einer barrierefreien Gestaltung in der medizinischen Versorgung zunehmend erkannt wird.

Für betroffenen Menschen und Experten fand in der Ärztekammer Berlin bereits im September 2009 eine Vortrags – und Diskussionsveranstaltung mit dem Titel „Arztbesuch ohne Barrieren“ statt. Ziel war es, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus dem Gesundheitsbereich für die Belange von Menschen mit Behinderungen zu sensibilisieren, damit sich die Anzahl der barrierefreien Arztpraxen in Berlin erhöht. Organisiert wurde die Veranstaltung von meinem Vorgänger, Herrn Marquardt, und dem Arbeitskreis Barrierefreies Gesundheitswesen in Kooperation mit der Berliner Ärztekammer.

Der „Arbeitskreis (AK) Barrierefreies Gesundheitswesen“ hatte sich bereits 2008 konstituiert. Er ist eine interne Arbeitsgruppe des Landesbeirats für Menschen mit Behinderung mit dem Ziel, sowohl Versorgungslücken und Probleme der barrierefreien Gesundheitsversorgung in Berlin zu identifizieren als auch Forderungen an die zuständigen Stellen zu transportieren und so Verbesserungen der Situation zu erreichen.

Der AK hat eine „Gemeinsamen Erklärung für mehr Barrierefreiheit im Berliner Gesundheitswesen“ entworfen, die von allen relevanten Akteuren im Berliner Gesundheitswesen gemeinsam verabschiedet werden soll, unabhängig ob sie in der Fall- oder der Strukturverantwortung stehen. In fünf Abschnitten werden in der „Gemeinsamen Erklärung“ unter Einbeziehung wirtschaftlicher und finanzieller Aspekte die gesundheitspolitischen Zielsetzungen und konkrete Schritte zur Zielerreichung formuliert. Barrierefreiheit wird definiert und ihre Herstellung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen.

In der Zeit vom Juli 2013 bis Februar 2014 wurden insgesamt 11 Gespräche mit Vertreterinnen und Vertretern von 13 Körperschaften aus dem Gesundheitswesen geführt. Dabei waren u. a. die Apotheker- und Psychotherapeutenkammer sowie die Ärzte- und Zahnärztekammer, zwei Krankenkassen (LV BB vdek e. V. und AOK Nordost), die Kassenärztliche- bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigung sowie die Berliner Krankenhausgesellschaft. In der Regel

waren an allen Gespräche die jeweiligen Präsidenten bzw. Vizepräsidenten und Vorstände sowie Leiter beteiligt.

Die Gesprächsverläufe wurden von allen Beteiligten als sehr konstruktiv bewertet. Der Barrierefreiheit wurde unter den Aspekten Bau, Leit- und Orientierungssysteme, Kommunikation, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Bewusstseinsbildung als einer Voraussetzung für eine optimale medizinische Versorgung übereinstimmend ein kontinuierlich steigender Stellenwert zuerkannt. Weitgehend übereinstimmend wurde die Herstellung von baulicher Barrierefreiheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen und finanzielle Unterstützung von der Bundesebene gefordert. Uneinigkeit herrschte jedoch hinsichtlich der Zuständigkeit für die Herstellung von baulicher Barrierefreiheit, da die Leistungsträger in ihrer jeweiligen Struktur- und Fallverantwortung den Sicherstellungsauftrag bei dem jeweils anderen sehen.

Ein Ergebnis der Gespräche war auch die Aufnahme des Themas in das Gemeinsamen Landesgremium nach § 90 a SGB V. Auf der Sitzung im Oktober 2015 wurde ein Beschluss „Bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit Behinderung durch Verbesserung der Barrierefreiheit im Berliner Gesundheitswesen“ gefasst. Dieser sieht u. a. die Gründung einer AG vor, an der die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, die Ärztekammer Berlin, die Krankenhausgesellschaft Berlin und Psychotherapeutenkammer Berlin sowie die Patientenvertretung, die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und der Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderung beteiligt sind. Aufgabe der AG ist die Erstellung eines modularisierten Diskussionspapiers zu einer fundierten Analyse der IST-Situation. Eine Vorbesprechung zur Konstituierung der Arbeitsgruppe hat am 1. April 2016 stattgefunden.

Als letzten Punkt möchte ich noch die geplanten Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen (MBZE) erwähnen. Sie sind ein wichtiger Baustein in der medizinischen Versorgung, insbesondere auch deswegen, weil mit der Auflösung der Komplexeinrichtungen viel medizinisches Spezialwissen verloren gegangen ist und das Gesundheitswesen auf die von uns allen gewünschte Ambulantisierung der Versorgungsstrukturen von Menschen mit schwerer Mehrfachbehinderung nur unzureichend vorbereitet war.

MBZE-Einrichtungen machen allerdings eine barrierefreie Gestaltung des medizinischen Versorgungssystems nicht überflüssig, sondern ergänzen es um einen bedeutenden Baustein.

Sehr geehrte Damen und Herren, soweit zum Stand der Umsetzung der UN-BRK im Bereich eines barrierefreien Gesundheitswesens in Berlin. Erreicht haben wir – auch befördert durch die demografische Alterung – die Anerkennung des Stellenwertes dieser Thematik; in der konkreten Ausgestaltung sind wir, sieht man vom geplanten Aufbau der MBZE einmal ab - in den letzten Jahren jedoch aus meiner Sicht nicht wesentlich weiter gekommen.

Ich danke Ihnen für Ihr Interesse an diesem Thema und wünsche Ihnen noch eine interessante Veranstaltung und konstruktive Diskussionen.

Jürgen Schneider