**Protokoll zur VN-BRK 7.6. 2013**

**„Inklusive Gesundheitsversorgung bei Menschen mit Behinderungen“**

Teilnehmerzahl: 16

**Präsentation:** „Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung“

**Referent:** Prof. Dr. med. Michael Seidel, v. Bodelschwinghsche Stiftungen Bethel

**1. UN-BRK**

Prof. Seidel beschrieb den Artikel 25 zur Gesundheitsversorgung aus dem UN-Übereinkommen der Rechte für Menschen mit Behinderungen. Dieser verlangt, dass Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie für andere Menschen zur Verfügung stehen muss! Außerdem müssen Gesundheitsleistungen, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden, übernommen werden. Er betont, Menschen mit Behinderungen müssen gleichgestellt, aber trotzdem in ihren individuellen Bedarfen berücksichtigt werden.   
Zusätzlich nimmt Prof. Seidel Bezug auf § 2a SGB V, der sich auf Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse bezieht: „Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.” Dieses ist seit 2004 im Gesetz verankert und hat bis jetzt keine durchgreifende Wirkung gezeigt.

**2. Behinderung nach der ICF der WHO**

Hier stellte Prof. Seidel das Integrative Modell von Behinderung (welche das Medizinische Modell und das Soziale Modell miteinander verbindet), vor. Außerdem stellte er die Zusammenhänge von Gesundheitsproblemen einerseits und den verschiedenen Aspekten von Behinderung (Schädigungen von Körperfunktionen und –Strukturen, Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe andererseits) dar.   
  
Die ICF definiert Behinderung als Oberbegriff zu Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder Körperstrukturen (Schädigungen), Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Beeinträchtigungen der Partizipation.

Der Mikrozensus 2009 über Lebenslagen und Gesundheitszustand besagte, dass 2009 in den letzten vier Wochen vor der Befragung 34,6% Menschen mit Behinderung erkrankt oder unfallverletzt waren, aber nur 11,3% Menschen ohne Behinderung. Das heißt, Menschen mit Behinderung haben eine höhere Krankheitslast und somit auch einen höheren Bedarf an medizinischer Versorgung.

**3. Behinderung – ein Begriff mit vielen Gesichtern**

Der Begriff Behinderung ist in der ICF allgemein festgelegt. Sie beinhaltet Folgen und Auswirkungen eines Gesundheitsproblems und ergänzt die ICD (International Classification of diseases).

Die ICD-10 beinhaltet aber auch Diagnosen spezieller Behinderungsbilder (z. B. Taubheit, Halbseitenlähmung. Behinderungen können über die Zeit stabil, fortschreitend oder rückläufig verlaufen. Das hängt vom zugrundeliegenden Prozess ab, vom Erfolg von Therapie, Rehabilitation usw. ab

**4. Medizinische Leistungen für Menschen mit Behinderungen**

„Menschen mit Behinderungen haben einen überdurchschnittlichen Bedarf an gesundheitsbezogenen Leistungen. Ihre Lebens- und Teilhabequalität wird wesentlich durch die Verfügbarkeit von bedarfsgerechten Gesundheitsleistungen beeinflusst. Ihre wirtschaftliche Situation erschwert oder verunmöglicht finanzielle Eigenleistungen.“

Prof. Seidel geht auch auf die mangelnde Versorgung im Gesundheitssystem ein, insbesondere:

* fehlendes Fachwissen,
* fehlende Kompetenzen im praktischen Umgang mit Behinderungen,
* fehlende Kommunikationskompetenzen,
* unzulängliches Leistungsrecht,
* Leistungsausschlüsse aus der GKV,
* Aufzahlungen zu Leistungen,
* unzulängliche Umsetzung der Gesetze,
* unzulängliche Umsetzung des vorhandenen Leistungsrechts im Hinblick auf ärztliche Verordnung und Bewilligung durch Krankenkassen

**5. Anforderungen an Gesundheitsversorgung**

„Je komplexer und/ oder schwerer eine Behinderung ist, desto höher sind die Anforderungen an eine koordinierte Leistungserbringung der Gesundheitsversorgung und desto wichtiger ist es, die Erfahrungen und Kompetenzen des Betroffenen einzubeziehen.“

Weitere Anforderungen die Prof. Seidel benennt, sind:

* Fachkenntnisse,
* Kommunikationskompetenz,
* praktische Handlungskompetenz,
* Respekt,
* bedarfsgerechte Ausgestaltung des Leistungsrechts,
* Koordination (interdisziplinäre Teamarbeit)

**6. Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung**

Bei der Nutzung des Gesundheitssystems treten laut Prof. Seidel zentrale Probleme auf:

* verminderte Fähigkeit, die Vielzahl der Regelungen zu verstehen und in Anspruch zu nehmen,
* die eigenen Interessen nachhaltig zu vertreten und durchzusetzen,
* eingeschränkte oder fehlende Möglichkeiten erforderliche finanzielle Eigenleistungen zu erbringen

Fazit der Bethel-Studie zur wirtschaftlichen Lage von Menschen mit Behinderung:

* KlientInnen können viele Gesundheitsleistungen zum Teil nicht mehr bezahlen,
* KlientInnen oder ihr Umfeld sind über ihre Rechte zum Teil nicht ausreichend informiert,
* für einmalig hohe Ausgaben für Gesundheitsleistungen müssen außerordentliche Anteile des verfügbaren Einkommens aufgewendet werden,
* KlientInnen verzichten auf Gesundheitsleistungen
* KlientInnen stehen im Entscheidungskonflikt über die Verwendung ihrer knappen Ressourcen

Die Folgen des Versorgungsmangels sind: Unter-, Über- und Fehlversorgung, damit in volkswirtschaftlicher Perspektive eine erhebliche Ressourcenverschwendung.

**7. Positionen der Fachverbände für Menschen mit Behinderungen**

Fachverbände für Menschen mit Behinderungen (Lebenshilfe, Bundesverband evangelische Behindertenhilfe, Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie usw.) fordern:

* Verbesserung der fachlichen und organisatorischen Bedingungen des Regelversorgungssystems,
* Ergänzung des medizinischen Regelversorgungssystems durch ambulant arbeitende und interdisziplinär besetzte Zentren der medizinischen Versorgung für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung,
* Öffnung der vorhandenen spezialisierten Angebote gesundheitlicher Versorgung in Einrichtungen der Behindertenhilfe für externe Nutzer,
* angemessene Vergütung der überdurchschnittlich aufwändigen Leistungen niedergelassener Ärzte und spezialisierter ambulanter Angebote,
* die Bereitschaft eines Arztes oder Psychotherapeuten, einen Schwerpunkt für Menschen mit Behinderungen in einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis zu bilden, muss durch aufwandsgerechte Vergütung der Leistungen gefördert werden,
* vorhandene spezialisierte Angebote dürfen nicht behindert werden und müssen unbürokratisch zugelassen werden und auskömmlich finanziert werden

**8. Zusammenfassung**

Prof. Seidel betont, dass Spezialisierung der Angebote und Inklusion keinesfalls gegeneinander ausgespielt werden dürfen.

Spezialisierte Angebote der gesundheitlichen Versorgung sind erforderlich, soweit das Regelversorgungssystem die Versorgungsanforderungen nicht erfüllen kann. Spezialisierte Angebote sind oft eine notwendige Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung und damit Voraussetzung für gelingende Teilhabe, Inklusion, und so weiter.

Es gibt:

Herausforderungen für Gesundheitswesen und seine Gremien der Selbstverwaltung:

* Fachwissen und Kompetenzen: Fort-, Weiter- und Ausbildung
* Schaffung der Voraussetzungen für bedarfsgerechter Versorgung: Vergütungsregelung

Herausforderungen für Landespolitik:

* Unterstützung der Entwicklung Bedarfsorientierter Strukturen

Herausforderungen für Bundesgesetzgeber:

* behinderungssensible Gesetzgebung

**Präsentation:** „Inklusive Gesundheitsförderung und psychomotorische Entwicklung“

**Referent:** Prof. Dr. Fritz Haverkamp, EFH RWL

**1. Inklusion, Partizipation und Interdependenz**

Bei Patienten mit einer Krankheit oder einer Entwicklungsstörung besteht grundsätzlich ein Partizipationsrisiko. Um Partizipation zu erreichen, bedarf es einer Therapie, die in der Lage ist zu heilen. Im Vergleich zu Menschen mit Behinderung oder chronisch Erkrankten führen die Therapien bzw. Rehabilitationsmaßnahmen zur Besserung aber nicht zu Heilung. Infolgedessen besteht ein interindividuell variierendes, lebenslanges Partizipationsrisiko. Es sei denn, der medizinische Fortschritt ermöglicht eine vollständige Gesundung.

**2. Ausgangssituation der Gesundheitsversorgung**

Der Anteil der chronischen Erkrankungen nimmt zu (20-30 %).

Die neuen Krankheitshäufigkeiten sind:

* psychische Störungen,
* somatoforme Erkrankungen,
* psychomotorische Entwicklungsstörungen (Sprachstörungen)
* Lernstörungen
* Zivilisationserkrankungen

Rahmenbedingungen dafür, sind:

* Armut; sozialer Gradient von Gesundheit und Bildung,
* Gesellschaftliche Veränderungen mit ungesundem Lebensstil,
* Demographischer Wandel (Rückläufige Geburtenrate)

**3. Pädiatrie**

Nach aktuellen Erkenntnissen (je nach Krankenkasse und Region):

* 33% der Jungen erhalten Logopädie,
* 33% aller Kinder benötigen psychische Beratung und Therapie,
* 15-30% aller Kinder benötigen Ergotherapie,
* es gibt eine Zunahme von 5.000% bei der Medikamentenverschreibung von Ritalin
* es gibt zunehmend Gutachten für Integrationshelfer (wegen der Inklusion)

Abschließend stellte Prof. Haverkamp fest, dass Entwicklungsstörungen bei Kindern zunehmen, nicht nur eine Frage nach der (fehlenden) Förderung nach sich zieht, sondern auch kritische Fragen an die Medizinselbst aufwirft, inwieweit durch medizinische Verschiebung der Diagnosegrenzen (Normgrenzen) eine Zunahme mitverursacht wird.

**4. Ätiologie der (familiären) Merkmalsausprägung hinsichtlich der psychomotorischen Entwicklungsbereiche**

Familiäre biopsychosoziale Kovarianz hat eine große Bedeutung. In der Familie wirken biologische Faktoren, wie Genetik und nicht-biologische Faktoren, wie Modelllernen zusammen. Vor dem Hintergrund das Armut weiter zunimmt, hat dies u.a. zur Konsequenz dass mehr Kinder mit gesundheitlichen bzw. Entwicklungsrisiken rechtzeitig entdeckt , behandelt bzw. gefördert werden müssen.

**5. ICF-Komponenten: Korrespondenz zu Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystemen**

Zur Maximierung individueller Teilhabe, ist eine enge Kooperation von Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem notwendig. Eine Herausforderung ist hierbei die Vernetzung der einzelnen Institutionen, zum Beispiel: Med. Spezialisten, Therapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen und Familie. Diese Klassifikation erfüllt die Kriterien des biopsychosozialen Paradigmas und könnte auch bei chronisch Kranken angewendet werden.

**6. Zusammenfassung**

Im Rahmen der New Morbidity stellen sich neue Herausforderungen an der Nahtstelle Bildung und Gesundheit. Es findet zumindest partiell eine zunehmende Verschiebung pädagogischer Fragestellungen in den medizinischen Bereich hinein statt.

Die Gesundheitsversorgung chronisch Kranker bzw. für Menschen mit Behinderung muss versuchen zukünftig diesen inter- und transdisziplinären Prozess konstruktiv mitzugestalten. Ohne eine Änderung des bisherigen ICD Klassifikation, die sich mehr oder minder auf rein medizinische Sachverhalte bezieht, erscheint eine am biopsychosozialen Paradigma sich orientierende Versorgung schwer vorstellbar. Probleme die z.B. bei der integrierten Versorgung als komplexer Sektoren- und bereichsübergreifender Organisationsprozess auftreten können sind u.a. unklare Hierarchien und Finanzierungen, fehlende Netzwerkmanagementkompetenzen sowie ein komplementär notwendiger, aber bislang ausstehender, Wandel der Administrationen.