

Bündnis inklusives Gesundheitswesen

Basiskonzepte und Big-Points für einen Aktionsplan

Berlin, 4. April 2024

Im Bundesgesundheitsministerium werden derzeit die Ergebnisse der durchgeführten Fachgespräche sowie die Vielzahl der vorab eingegangenen Eingaben zu einem Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen gesichtet, geprüft und zu einem Aktionsplan in Entwurfsfassung zusammengestellt.

Wir als Bündnis inklusives Gesundheitswesen möchten diesen Zeitpunkt nutzen, um an einige Basiskonzepte der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) zu erinnern, in deren Licht alle Vorschläge und Maßnahmen zu bewerten sind. Gleichzeitig machen wir auf fünf Big-Points aufmerksam, die aus unserer Sicht unbedingt noch in dieser Legislaturperiode zu realisieren sind. Diese fünf Punkte sind allerdings nur ein Teilausschnitt dessen, was notwendig ist, um das Gesundheitswesen an die Vorgaben und Ziele der UN-BRK anzupassen, insbesondere an Artikel 3 „Allgemeine Grundsätze“. Insgesamt fordern wir deshalb die Bundesregierung dazu auf, nicht bei einem Aktionsplan stehenzubleiben, sondern alle gesundheitsrechtlichen Grundlagen gemäß der UN-BRK zu überprüfen.

Einige Basiskonzepte der UN-BRK

a. Partizipation

„Nichts über uns ohne uns!“ („Nothing about us without us!“) lautete das Motto, unter dem die UN-BRK von 2002-2006 in New York verhandelt wurde. Ein entsprechendes Partizipationsgebot findet sich in Art. 4 Abs. 3 der UN-BRK, auf das in anderen Artikeln der Konvention Bezug genommen wird. Sowohl in den Abschließenden Bemerkungen nach den Staatenprüfungen von 2015 und 2023, als auch im General Comment zum Thema Partizipation von 2018 wird die besondere Bedeutung von Selbstvertretungsorganisationen betont.

b. Inklusion

Inklusion bezieht sich auf alle Menschen mit ihren unterschiedlichen Bedarfen. Die gesellschaftlichen Bedingungen müssen so gestaltet werden, dass niemand ausgeschlossen wird und alle gleichberechtigt teilhaben können.

c. Barrierefreiheit

Mit der UN-BRK haben sich die Vertragsstaaten (also auch Deutschland seit 15 Jahren) in Art. 9 Abs. 2b) verpflichtet, „sicherzustellen, dass private Rechtsträger, die Einrichtungen und Dienste, ..., anbieten, alle

Aspekte der Barrierefreiheit für Menschen mit Behinderungen berücksichtigen“. Dabei ist Barrierefreiheit im Sinne des § 4 Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) zu verstehen.

d. Angemessene Vorkehrungen

Eine Definition Angemessener Vorkehrungen findet sich in Art. 2 der UN-BRK und in § 7 BGG. Im BGG heißt es: „Angemessene Vorkehrungen sind Maßnahmen, die im Einzelfall geeignet und erforderlich sind, um zu gewährleisten, dass ein Mensch mit Behinderung gleichberechtigt mit anderen alle Rechte genießen und ausüben kann, und sie die Träger öffentlicher Gewalt nicht unverhältnismäßig oder unbillig belasten.“ Laut UN-BRK sind auch private Rechtsträger zu angemessenen Vorkehrungen zu verpflichten. Eine Versagung angemessener Vorkehrungen wird als Diskriminierung beziehungsweise Benachteiligung definiert.

Fünf Big Points

a. Nichtdiskriminierung

Das zivilrechtliche Benachteiligungsverbot in § 19 Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) muss um den Schutz vor Diskriminierung bei Gesundheitsleistungen erweitert werden. Die Rechte auf Beseitigung der Benachteiligung, Unterlassung, Schadensersatz und Entschädigung in § 21 AGG müssen auch hierfür gelten.

b. Verbindlicher Einstieg in Barrierefreiheit

Bei neuen Kassenzulassungen von Ärzt*innen müssen die Praxen den Anforderungen der Barrierefrei-Regelungen im BGG (insbes. §§ 4 und 11), inklusive des Konzepts der angemessenen Vorkehrungen (§ 7 Abs. 2) entsprechen. Bestehende Praxen müssen schrittweise (innerhalb von fünf Jahren) angepasst werden. Die Regelung in § 17 SGB I, dass Sozialleistungen barrierefrei erbracht werden sollen, muss verpflichtend werden und § 2a SGB V muss konkret vorschreiben, wie den „besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung“ zu tragen ist.

c. Regelversorgung stärken

Es muss eine optimale Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen in der Regelversorgung von Krankenhäusern und den dortigen regulären Fachabteilungen erfolgen, bei Bedarf unter Hinzuziehung von Spezialist*innen für eine bestehende Grunderkrankung.

d. Assistenz im Krankenhaus

Die Assistenz im Krankenhaus muss die Mitaufnahme einer Begleitperson auch für Angehörige und vertraute Unterstützer*innen regeln, wenn pflegerischer Bedarf besteht.

e. Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz

Das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) und untergesetzliche Regelungen wie die Außerklinische Intensivpflege Richtlinie (AKI-RL) sind menschenrechtskonform so zu ändern, dass die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts sowie eine intensiv-pflegerische Versorgung auch in der häuslichen Umgebung sichergestellt sind (Wunsch- und Wahlrecht) und sowohl für Bestands- als auch Neuvorsorgungen gelten. Die Sicherung der Versorgung von Intensivpflege-Patient*innen im Rahmen des persönlichen Budgets im Arbeitgebermodell oder durch Dienstleister*innen muss auch von selbstbeschafften Laienkräften oder Pflegefachkräften zulässig sein.

Folgende Organisationen haben sich im „Bündnis inklusives Gesundheitswesen“ zusammengeschlossen:

AbilityWatch e.V.



Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V.



Der Paritätische – Gesamtverband e.V.



Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland – ISL e.V.



LEBENSNERV – Stiftung zur Förderung der psychosomatischen MS-Forschung



LIGA Selbstvertretung – DPO Deutschland



Kellerkinder e.V.



NETZWERK ARTIKEL 3 – Verein für Menschenrechte und Gleichstellung Behinderter e.V.



Weibernetz e.V. – Bundesnetzwerk von FrauenLesben und Mädchen mit Beeinträchtigung

