

Eröffnungs-Keynote und Dialog „Inklusion geht uns alle an – die Umsetzung im Alltag“

Es gilt das gesprochene Wort.

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.

„Inklusion geht uns alle an – die Umsetzung im Alltag“, so lautet mein Redeauftrag.

Ich werde daher in einem ersten Teil etwas zum Begriff „Inklusion“ sagen und mich in einem zweiten mit ihrer Umsetzung im Alltag befassen.

Seit der Verabschiedung der UN-Behindertenrechtskonvention wird vielstimmig und kontrovers über den Begriff „Inklusion“ diskutiert.¹ Dabei ist nicht nur der Begriff selbst strittig, sondern auch sein Verhältnis zu anderen Begriffen wie beispielsweise dem der Integration oder der Teilhabe. Es vereinfacht die Debatte auch nicht, dass es ihn in verschiedenen Zusammenhängen gibt und er keineswegs ausschließlich auf Aspekte von Behinderung fokussiert. Vielerorts verengt sich die Diskussion auf den schulischen Bereich.

Ich beziehe mich hier auf den Inklusionsbegriff in der Behindertenrechtskonvention. Allerdings findet sich in der BRK keine eindeutige Definition.

Zum ersten Mal wird „inclusion“ in der englischsprachigen Version im Artikel 3 Allgemeine Grundsätze Buchstabe c) verwandt. In der deutschen Übersetzung heißt es: **„Die Grundsätze dieses Übereinkommens sind (...) die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft“**. Hier ist Inklusion als unbestimmter, wertneutraler Prozessbegriff zu verstehen, der seine qualitative Bedeutung erst mit der inhaltlichen Bestimmung gesellschaftlicher Verhältnisse erhält.² Damit beschreibt er eine Zielvorstellung, an der sich das Handeln und die Ausgestaltung aller Rahmenbedingungen, Systeme, Institutionen und Angebote orientieren kann bzw. soll. Inklusion ist daher nicht das **allgemeine** Recht auf Teilhabe an **allen** Prozessen, (es gibt kein kodifiziertes Menschenrecht auf Inklusion), sondern Teilhabe an ganz bestimmten, exakt benannten Prozessen, Systemen, Ressourcen etc. wie beispielsweise dem Gesundheitswesen auf Basis von Grund-, Menschen- und Bürgerrechten.

Was inklusiv ist, lässt sich erst unter den Rahmenbedingungen eines spezifischen Bezugssystems mit einem eindeutigen Inhalt verbinden. Ausgangsbedingung ist die jeweilige Behinderungsform und ihr spezifischer Unterstützungsbedarf.

¹ zum Begriff Inklusion siehe z. B. Wansing, Gudrun: „Was bedeutet Inklusion? Annäherung an einen vielschichtigen Begriff.“ in: Degener, Theresia, Diehl, Elke (Hrsg.) „Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe.“, Bundeszentrale für politische Bildung, Schriftenreihe Band 1506, Bonn 2015, S. 43 – 54, Wansing, Gudrun: „Der Inklusionsbegriff zwischen normativer Programmatik und kritischer Perspektive.“ in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Heft 3 2013, S. 16 – 27, Dederich, Markus: „Inklusion“. Perspektiven und offene Fragen.“ in: Zeitschrift für medizinische Ethik 60 2014, S. 237 – 243

² vgl.: Wansing, 2015, S. 46

Anders ausgedrückt ist Inklusion im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention die menschenrechtlich begründete Forderung nach der vollen und gleichberechtigten Teilhabe in allen Lebensbereichen „ohne Bringschuld der Betroffenen“, wie es mein Vorgänger; Herr Dr. Schneider, so treffend formuliert hat. Sie meint die barrierefreie Anpassung der Umgebung an den Menschen.

Was heißt aber eigentlich „barrierefrei“?

Im § 4a des Landesgleichberechtigungsgesetzes Berlin heißt es: „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 Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Eine besondere Erschwernis liegt insbesondere auch dann vor, wenn Menschen mit Behinderung die Mitnahme oder der Einsatz benötigter Hilfsmittel verweigert oder erschwert wird.“ Eine ähnliche Definition findet sich auch im Bundesbehinderten-gleichstellungsgesetz und sie zeigt, dass Barrierefreiheit weit über den baulichen Aspekt hinausgeht und sich gleichermaßen auf materielle und immaterielle Aspekte bezieht.

Was heißt das jetzt für die gesundheitliche Versorgung und -förderung von Menschen mit Behinderung im Alltag?

Über Ausmaß und Umfang von Versorgungslücken gibt es bisher keine repräsentativen und empirisch belastbaren Daten. Die beiden bisher vorgelegten Teilhabeberichte der Bundesregierung haben gezeigt, dass die Datenlage zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Behinderung gering ist, obgleich ein deutlich erhöhtes Krankheitsrisiko im Vergleich zur Gesamtbevölkerung festgestellt werden kann. Unabhängig von einer konkreten Datenlage sind sich die betroffenen Menschen, ihre Angehörigen und die Fachkräfte jedoch einig, dass die Versorgungslücken bestehen.

Ich möchte zwischen Versorgung, Prävention und den Unterschieden im Gesundheitszustand zwischen verschiedenen Gruppen unterscheiden und mich in meinen weiteren Ausführungen beispielhaft auf zwei Punkte unter dem Versorgungsaspekt, nämlich auf barrierefreie Arztpraxen und die Versorgung von schweremehrfachbehinderten Menschen beziehen. Zu Prävention und den Unterschieden im Gesundheitszustand werden wir im Laufe der Veranstaltung sicher noch einiges hören.

Barrierefreie Arztpraxen

Eine bundesweit aussagekräftige, umfassende und belastbare Bewertung zum Stand der Barrierefreiheit in Arztpraxen insgesamt ist derzeit nicht möglich.

Zum einen fehlt es an eindeutigen, verbindlich in DIN Normen festgeschriebenen Indikatoren für zentrale Aspekte der Barrierefreiheit. Zum anderen beruhen die meisten Strukturdaten auf ärztlichen Selbstauskünften, was heißt, sie sind häufig falsch positiv oder falsch negativ. Falsch positiv heißt, es wird Barrierefreiheit für die Praxis z. B. für rollstuhlnutzende Personen angegeben, aber die vier Eingangsstufen werden übersehen. Falsch negativ heißt, die Praxis ist barrierefrei, möchte aber in einer

Dokumentation nicht erscheinen, da sie fürchtet, weitere Patientinnen und Patienten mit Behinderung anzuziehen.

Die Stiftung Gesundheit erhebt bundesweit Strukturdaten zur Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Versorgungsangeboten. Danach sind ein ebenerdiger Praxiszugang und eine rollstuhlgerechte Gestaltung von Praxisräumen die am häufigsten erfüllten Kriterien, wenn auch keineswegs durchgängig als vorhanden angegeben. Barrierefreie WCs sind bereits die Ausnahme, Informationsmaterial oder die Einrichtung einer Homepage in Leichter Sprache, Orientierungshilfen für Menschen mit Seh- oder Hörbehinderung sind so gut wie gar nicht vorhanden. (Quelle: „Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen“, August 2013, Hrsg.: BMAS, S. 200)

In Berlin wissen wir dank des Projektes mobidat vom Verein Albatros e. V. besser Bescheid. Mobidat erfasst Daten zur Zugänglichkeit öffentlicher und privater Einrichtungen in den Berliner Bezirken. Die Datenerfassung erfolgt über standardisierte Datenerhebungsbögen, welche vor Ort von ehrenamtlichen oder öffentlich geförderten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ausgefüllt und in eine Datenbank eingepflegt werden.

Nach einer Auswertung dieser Datenbank zur Barrierefreiheit von Arztpraxen ausgewählter Fachbereiche sind mit dem Stand vom 17.09.2013 barrierefreie Arztpraxen im Verhältnis zu allen Arztpraxen stark unterrepräsentiert. Nach diesen Untersuchungen ist in Berlin nur ca. 1 % der untersuchten Praxen für Rollstuhlfahrerinnen und -fahrer 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.

Vielfach fehlt 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 sind. Das medizinische Personal ist im Umgang mit Menschen mit Behinderung oft unzureichend oder gar nicht ausgebildet und die Abrechnungsmodalitäten der Krankenkassen berücksichtigen die zeitaufwendigeren Untersuchungen und Behandlung von Menschen mit Behinderung nicht. Auch die in Gesprächen immer wieder geäußerten Sorgen vor einer Budgetüberschreitung mancher Ärzte bei der Therapie möchte ich nicht unerwähnt lassen.

Hindern bauliche oder sonstige Barrieren Menschen mit Behinderung am Zugang zu Arztpraxen, schränkt das die freie Arztwahl nach § 76 SGB V faktisch ein.

Fehlende Barrierefreiheit kann auch dazu führen, dass eine notwendige medizinische Versorgung nicht in Anspruch genommen werden kann. Damit bin ich bei Menschen, deren medizinische Versorgung sich immer wieder als unzureichend erweist, nämlich den Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen.

Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres können sie die medizinische Versorgung in den sogenannten Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) in Anspruch nehmen. Danach sind sie in der Regel auf ambulante medizinische Behandlung angewiesen, die jedoch nicht in hinreichendem Maße auf die Belange dieser Personengruppe ausgerichtet ist.

Die mangelnde Barrierefreiheit habe ich bereits erwähnt. Aber auch wenn eine barrierefreie Praxis gefunden wird, ist diese in der Regel nicht auf die Behandlung von Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen eingerichtet. Das gilt insbesondere, wenn die Patientin oder der Patient in ihren bzw. seinen Möglichkeiten, sich verbal zu äußern, sehr eingeschränkt ist und es dem medizinischen Personal an der entsprechenden Erfahrung fehlt, aufgrund nicht-verbaler Äußerungen auf eine bestimmte Symptomatik zu schließen. Es erschwert die medizinische Versorgung auch, wenn sich mehrere Krankheitsbilder überlagern und die Erfahrung mit interdisziplinären Behandlungsansätzen fehlt oder nur wenig Kenntnisse über Wechselwirkungen bestimmter Medikamente vorhanden sind, die chronisch erkrankte oder behinderte Menschen dauerhaft einnehmen.

Hier können die geplanten Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) Abhilfe schaffen, deren Einrichtung bisher aber nur zögerlich umgesetzt wird. Die MZEBs sind aus meiner Sicht auch ein wichtiger Baustein in der medizinischen Versorgung, weil mit der Auflösung der Komplexeinrichtungen viel medizinisches Spezialwissen verloren gegangen ist und die von uns allen gewünschte Ambulantisierung auf die Versorgung von Menschen mit schwerer Mehrfachbehinderung nur unzureichend vorbereitet war. Die auf die Behandlung von geistig oder mehrfach behinderten Erwachsenen konzentrierten Zentren bieten hingegen die Möglichkeit, auf alle Bedarfe dieser Patientengruppe einzugehen, die in der Regelversorgung nicht gedeckt werden können.

Erwähnen möchte ich die Problematik der Assistenz im Krankenhaus. Hier hat der Gesetzgeber bisher nur eine Regelung für Menschen, die ihre Assistenzkräfte im Arbeitgebermodell beschäftigen, getroffen. Gleich betroffene Personen, die die Assistenz als Sachleistung, zum Beispiel durch einen ambulanten Dienst erhalten, haben diese Möglichkeit nicht. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

Eingangs habe ich gesagt, was inklusiv ist, lässt sich erst unter den Rahmenbedingungen eines spezifischen Bezugssystems mit einem eindeutigen Inhalt verbinden. Es reicht eben nicht, verbal anzuerkennen, dass Inklusion alle angeht, sondern wir brauchen in einem ersten Schritt eine klare Verantwortungsübernahme, wer in welcher Form für welchen Teil eines inklusiven Versorgungssystems zuständig ist, das das Adjektiv "inklusiv" tatsächlich verdient. Ist beispielsweise die Herstellung von Barrierefreiheit durch den Sicherstellungsauftrag bei den Leistungserbringern angesiedelt oder sind die Strukturverantwortlichen in der Pflicht oder handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe?

In einem zweiten Schritt müssen Versorgungslücken und Barrieren identifiziert, konkrete Handlungsnotwendigkeiten benannt und Lösungen anhand eindeutiger Kriterien entwickelt werden.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.