



Beauftragter der Bundesregierung
für die Belange behinderter Menschen

Dokumentation der Abschlussveranstaltung



Gesundheit für Menschen mit Behinderung

Zwischen Ansprüchen der UN-Konvention,
Kostendämpfung und Wirklichkeit

Teilhabe braucht Gesundheit!

Abschlussveranstaltung der Tagungsreihe

Gesundheit für Menschen mit Behinderung

Zwischen Ansprüchen der UN-Konvention,
Kostendämpfung und Wirklichkeit

Teilhabe braucht Gesundheit!

21. September 2011 im
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus des Deutschen Bundestages



INHALT

Begrüßung
8

Diskussionsrunde zum Thema 1
„Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“
9



Stellungnahmen der Abgeordneten
10



Diskussionsrunde zum Thema 2
„Patientenversorgung“
19



Stellungnahmen der Abgeordneten
19



Diskussionsrunde zum Thema 3
„Hilfsmittelversorgung“
29



Stellungnahmen der Abgeordneten
29

Rede von Herrn Thomas Ilka,
Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit
34



Diskussionsrunde zum Thema 4
„Problematik zwischen Arznei- und Heilmittelversorgung
und ärztlichen Verordnungen“
47



Stellungnahmen der Abgeordneten
48

Schlusswort
55



In dieser Dokumentation werden die Hauptforderungen betroffener Menschen mit Behinderung vorgestellt, die am 21. September 2011 mit den verantwortlichen Gesundheitspolitikerinnen und Gesundheitspolitikern im Deutschen Bundestag erörtert wurden. Erarbeitet wurden diese im Rahmen der Tagungsreihe „Gesundheit für Menschen mit Behinderung“, die von dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Hubert Hüppe, von November 2010 bis Juni 2011 im Berliner Kleisthaus/Bundesministerium für Arbeit und Soziales durchgeführt worden ist. Es gibt eine Gesamtdokumentation der vier Tagungen, in dieser können interessierte Menschen die Entstehung der Hauptforderungen verfolgen. Neben Workshopergebnissen beinhaltet diese Gesamtdokumentation auch Reden (u. a. von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr), Powerpoint-Präsentationen und Statements von Menschen mit und ohne Behinderung sowie vieles mehr.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass die abschließende Dokumentation eine Zusammenfassung aller am 21. September 2011 gesprochenen Wortbeiträge darstellt und somit keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Es konnten daher nicht alle Wortmeldungen aufgenommen werden.

Für Vertiefungen zum Thema greifen Sie bitte auf die Gesamtdokumentation zurück, diese finden Sie im Internet unter

http://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Dokumentation/Tagungsreihe.pdf?__blob=publicationFile

ES GILT DAS GESPROCHENE WORT!

Begrüßung

Hubert Hüppe, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen:

Sehr geehrte Abgeordnete, meine Damen und Herren, herzlich willkommen zur Abschlussveranstaltung „Teilhabe braucht Gesundheit“. Ich begrüße die Gesundheitspolitikerinnen und Gesundheitspolitiker, von denen noch nicht alle da sind. Im Moment läuft der Gesundheitsausschuss mit strittigen Abstimmungen, mehrere Politiker werden noch dazu kommen. Die Verschiebung der Sitzungswoche konnten wir nicht ahnen. Durch den Papstbesuch haben wir heute Nachmittag Beratungen im Plenum, das ist sonst nicht der Fall. Aber wir versuchen die Tagung so durchzusetzen, dass sie politische Wirkung entfaltet.

Wir haben hier diese Räumlichkeiten genommen, weil das Kleisthaus weiter entfernt ist vom Bundestag und den Entscheidungsträgern. Wir wollten dahin, wo auch entschieden wird. Ich danke zunächst dem Präsidenten des Deutschen Bundestags, Prof. Norbert Lammert, dass wir die Räume nutzen dürfen. Des Weiteren bedanke ich mich auch bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Deutschen Bundestages, die uns unterstützen.



Es haben sich rund 200 Menschen mit Behinderung, Angehörige, Akteure von Verbänden, Leistungsträgern und Leistungserbringern angemeldet. Ich bin froh, dass wir alle berücksichtigen konnten, denn die Räumlichkeiten sind begrenzt. Daher nun auch noch einige organisatorische Hinweise, die zu beachten sind. Ein Hinweis auf die Pausenordnung: Aufgrund des engen Bereichs bitte ich Sie, den Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrern sowie den Gästen mit Blindenführhund zuallererst die Gelegenheit zu geben, sich am Buffet zu bedienen. Die WC´s für Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrer befinden sich nur im Erdgeschoss, geben Sie bitte einer Hilfskraft Bescheid, die wird Sie begleiten, da diese Toiletten schwierig zu finden sind. Hier gibt es noch Nachholbedarf in Sachen Barrierefreiheit im Bundestag. Die unterstützenden Studenten sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Arbeitsstabes stehen für Fragen zur Verfügung. Für Presse und Dokumentation wird es einen Ton- und Bildmitschnitt geben. Es werden Fotos gemacht, dafür brauche ich Ihr Einverständnis. Sind alle Anwesenden einverstanden oder möchte jemand nicht mit Bild und Ton aufgenommen werden? Dann gehe ich davon aus, dass es kein Problem gibt.

Bitte sprechen Sie laut und deutlich in die Mikros und bemühen Sie sich, für die Menschen mit Lernschwierigkeiten um einfache Sprache. Mit Rücksicht auf die Dolmetscherinnen und Dolmetscher bitte langsam und deutlich sprechen. Dies ist die Abschlussveranstaltung meiner Tagungsreihe „Gesundheit für Menschen mit Behinderung“. Wir hatten uns zuvor mit den Themen „Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“, „Patientenversorgung“, „Hilfsmittelversorgung“ und „Problematik zwischen Arznei- und Heilmittelversorgung und ärztlichen Verordnungen“ beschäftigt. Die Ergebnisse sind in der Tagungsbroschüre sowie im Internet einzusehen. Sie werden zu den 4 Veranstaltungen jeweils eine kurze Zusammenfassung von Frau Dr. Sigrid Arnade erhalten. Von den Menschen mit Behin-

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Hubert Hüppe, Dr. Sigrid Arnade (Journalistin und Geschäftsführerin der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V.), Mechthild Rawert MdB, Dr. Harald Terpe MdB, Dr. Martina Bunge MdB (von links)

derung wurde auf der ersten Veranstaltung gewünscht, die Ergebnisse mit den verantwortlichen Politikerinnen und Politikern zu diskutieren, darum sind wir heute hier.

Wir haben heute 4 Plenen, die thematisch den einzelnen Tagungen entsprechen. Sigrid Arnade wird die Ergebnisse zusammenfassen, dann erhalten die Politikerinnen und Politiker Gelegenheit zur Stellungnahme. Im Anschluss gibt es jeweils 55 Minuten Zeit für die Diskussion. Dadurch, dass viele Politikerinnen und Politiker verhindert sind, haben wir uns überlegt, da die meisten Vertreter des Fachausschusses des Inklusionsbeirates hier sind, dass auch mit denen diskutiert werden kann. Herr Prof. Dr. Seidel ist auch hier, er ist der Sprecher des Fachausschusses Gesundheit, das heißt auch da haben wir die Möglichkeit, die Forderungen noch mal zu formulieren. Wir werden in jedem Fall alle Fraktionen informieren.

Am Ende wird es so sein, dass der Gesundheitsminister die Ergebnisse bekommt. Sie sind alle eingeladen, sich heute einzubringen, machen Sie davon Gebrauch! Ich sage auch deutlich, es wird so sein, dass wir sehr auf die Zeit achten. Wir wollen keine großen Stellungnahmen, bei Unklarheiten fragen wir nach. Es war ja Zeit in den vier Veranstaltungen, Stellungnahmen abzugeben, die hier ihren Niederschlag fanden. Es sollten nicht zwei oder drei Leute die Diskussion bestimmen, sondern alle sollen hier eine Chance bekommen, sich aktiv einzubringen. Das gilt auch für die Politikerinnen und Politiker, auch bei Ihnen gilt eine beschränkte Redezeit. Jetzt gebe ich ab an Frau Dr. Sigrid Arnade.

Begrüßung

Frau Dr. Sigrid Arnade, Journalistin und Geschäftsführerin der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL):

Sehr geehrte Damen und Herren, auch ich begrüße Sie ganz herzlich heute zur Abschlussveranstaltung im Deutschen Bundestag. Ich fasse heute die Ergebnisse der vier Gesundheitstagungen des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Hubert Hüppe, zusammen. Wir möchten diese Ergebnisse heute hier gemeinsam mit Ihnen und den Abgeordneten auswerten.

Mein Name ist Sigrid Arnade. Ich bin Geschäftsführerin der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL), einer bundesweiten Selbstvertretungsorganisation behinderter Menschen. Ich habe die Freude und Ehre, die Veranstaltung mit Hubert Hüppe gemeinsam zu moderieren. Zunächst werde ich Ihnen vor jeder Runde die Ergebnisse jeweils einer Tagung zusammenfassend darstellen. Es haben vier Tagungen zum Thema Gesundheit stattgefunden, unter der Überschrift:

„Gesundheit für Menschen mit Behinderung – Zwischen Ansprüchen der UN-Konvention, Kostendämpfung und Wirklichkeit – Teilhabe braucht Gesundheit“

Diese Veranstaltungsreihe fand statt zwischen November 2010 und Juni diesen Jahres.

Diskussionsrunde zum Thema 1: „Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“

Frau Dr. Sigrid Arnade, Journalistin und Geschäftsführerin der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL):

Nun werde ich zunächst die Ergebnisse der ersten Tagung, bei der es um die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ging, vorstellen.

A. Probleme

- Psychische Erkrankungen nehmen zu. Ursache dafür sind
 - z. T. durch veränderte Rollenbilder,
 - z. T. durch vermehrten Stress und Unsicherheit im Arbeitsleben
- Uneinheitliche Gesetze, Umsetzungsdefizite, Zuständigkeitsgerangel
- Bevorzugung stationärer gegenüber ambulanten Strukturen

B. Allgemeine Handlungsbedarfe

- Selbstbestimmung respektieren und fördern: Wahlmöglichkeiten schaffen!
- Öffentlichkeitsarbeit gegen Stigmatisierung
- Effektive Kontrollen
- Zugang zum Persönlichen Budget erleichtern
- Unabhängige Beratungs- und Betreuungsstrukturen, kontrolliert von Betroffenen
- Individuelle Behandlungskontinuität herstellen: Fachliche Begleitung (bei Bedarf lebenslang) bei Berücksichtigung der Autonomie
- Kooperation stationär - ambulant verbessern
- Kompetente Netzwerke etablieren
- Trialogischen Ansatz fördern
- Institutionelle Förderung der SH-Arbeit
- Modellprojekte zur Unterstützung psychisch kranker Eltern
- Modellprojekte für Arbeitswelt mit Einzelfallbetreuung durch Integrationsfachdienste

C. Legislative Handlungsbedarfe

- Aufhebung der Versäulung der Leistungssysteme
- Finanzierung der ambulanten Versorgung sichern; z.B. aufsuchende 24-Stunden-Krisendienste etablieren
- Parallelstrukturen der Unterbringungsentscheidungen nach dem Betreuungsrecht und den PsychKGs prüfen (Zwang nur bei Selbst- und Fremdgefährdung)
- § 1906 BGB streichen
- Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKGs) prüfen und vereinheitlichen

Stellungnahmen der Abgeordneten

Frau Gabriele Molitor, Behindertenpolitische Sprecherin der FDP-Bundestagsfraktion:

Guten Morgen in die Runde, vielen Dank für Ihre wertvolle Vorarbeit in den Workshops. Da steckt jede Menge Fleiß und Engagement drin, das schätze ich. Ebenfalls die Ergebnisse, die Frau Dr. Sigrid Arnade hier im Vorfeld vortrug. Letztere interessieren mich als Abgeordnete besonders.

Ich verstehe meine Rolle als die, die Ihnen hier aufmerksam zuhört und in den Dialog mit Ihnen tritt. Wir können uns dem Feld dann gemeinsam nähern, der Ansatz ist sehr unterstützenswert. Hubert Hüppe hat diese Konferenz hier ins Leben gerufen. Es ist wichtig, sich dem Thema Menschen mit Behinderung anzunehmen. Die UN-Konvention verpflichtet uns dazu, hier tätig zu werden. Die Ergebnisse sind sehr interessant. Es sind hier zum einen Fragen gesundheitspolitischer Natur, aber hier werden auch Fragen aufgeworfen, die unsere gesamte Gesellschaft betreffen. Diese Erfahrungen habe ich in der Politik für Menschen mit Behinderung immer wieder gemacht. Es handelt sich hier um eine Querschnittsaufgabe, die nicht nur durch die Brille eines Ressorts zu sehen ist. Wir haben es hier mit einer Aufgabe zu tun, die möglichst breit betrachtet werden sollte.

Ich will gleich die letzte Anmerkung von Frau Dr. Sigrid Arnade aufnehmen: Was die Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKGs) und Betreuungsrecht angeht. Ich möchte darüber informieren, dass es im Justizministerium eine Arbeitsgruppe gibt, die sich mit der Frage des Betreuungsrechtes befasst. Wir wollen diese Möglichkeit nutzen, die Fragen der Umsetzung gründlich zu prüfen. Hier möchten wir auch die Frage abstimmen, inwiefern PsychKGs und Betreuungsrecht miteinander abzustimmen sind.

Wir wissen und müssen mit Sorge zur Kenntnis nehmen, dass die Zahl derjenigen zunimmt, die mit psychischen Erkrankungen und psychischen Behinderungen belastet sind. Ich denke das ist eine wichtige Aufgabe, dass wir uns der Frage zuwenden, wie wir Menschen mit psychischen Erkrankungen besser versorgen können. Daher ist es sinnvoll, dass hier eine starke Beteiligung der Betroffenen erfolgt ist. Somit hat man Experten in eigener Sache zu Wort kommen lassen. Ich denke, dass wir heute hier Möglichkeiten zum Austausch haben. Diese Bestandsaufnahme ist nötig, dazu möchten wir uns in einen konstruktiven Dialog begeben.

Herr Dr. Ilja Seifert, Behindertenpolitischer Sprecher der Bundestagsfraktion DIE LINKE:

Ich habe ja an den meisten der vergangenen Tagungen teilgenommen, so dass ich dort schon die Möglichkeit hatte, nicht nur zuzuhören, sondern auch das eine oder andere sagen zu können.

Ich finde diese Reihe durchaus richtig. Menschen mit psychischer Erkrankung - das Thema ist in der UN-Konvention eines derjenigen, das uns die größten und schwersten Aufgaben aufgeben wird. Wenn wir das ernst nehmen, dass jeder Mensch jederzeit voll geschäfts- und handlungsfähig ist, können wir mit dem jetzigen Betreuungsrecht und mit den Psychischkranken-Gesetzen nichts mehr anfangen. Das Betreuungsrecht ist nach wie vor ein Vormundschaftsrecht. Wenn man es ernst nimmt, dass das für jeden Menschen gilt, ist Vormundschaft ausgeschlossen. Ich weiß zur Zeit noch nicht, wie wir das mit dem deutschen Recht vereinbaren wollen. Ich habe da auch noch keine Patentlösung. Die Diskussion zeigt, auf welchem problematischen Feld wir uns bewegen. Man kann auch sagen, dass wir hier mit Schnellschüssen wohl wenig erreichen. Aber es gibt einige Paragraphen in den Psychatriegesetzen, z. B. der Länder und im Betreuungsrecht, die schnell geändert werden müssten, sonst machen wir uns Menschenrechtsverletzungen schuldig.

Die UN-Konvention ist geltendes Recht, wenden wir sie nicht an, sind das Menschenrechtsverletzungen, z. B. Zwangseinweisungen, Zwangsmaßnahmen innerhalb der Einrichtungen. Das geht schon los bei bestimmten Medikamenten, die man nicht gegen den Willen geben darf. Das ist zurzeit noch möglich,

das ist ein großes Problem. Ich weiß die Lösung nicht, aber es ist wichtig, dass wir das Thema ansprechen. Die Menschen mit Psychatrierfahrung sind da radikal. Ich finde das gut, dass Sie klare Ansagen machen, was Sie wünschen und was Sie erwarten von der Gesetzgebung.

Ich sehe auf Seiten der Exekutive bisher große Zögerlichkeit da etwas zu tun. Frau Molitor teilte uns mit, dass im Justizministerium drüber nachgedacht wird, aber ich sehe keine Bewegung im Gange. Das ist ein Problem, das nicht leicht zu lösen ist. Wir können uns mal vorstellen: Jemand in einer psychischen Krise vergeht sich an einem Kind, das geht dann durch die Presse, aber wir sollen dann sagen, der kommt nicht in den Knast wegen der Behinderung. Der kommt erst in den Knast, weil er ein Verbrechen begangen hat, als Beispiel. Die Gefahr, dass er aufgrund seiner Krankheit das wieder macht, ist das Problem vor dem wir alle stehen. Und ich glaube nicht, dass sich das so leicht lösen lässt. Aber wir müssen das mit der UN-Konvention vereinbaren, wenn wir uns auf der Menschenrechtsebene bewegen, da gibt es in meinen Augen und in den Augen der Linken keine Diskussion, da müssen die Menschenrechte ganz oben stehen.



Blick in den Anhörungssaal des Marie-Elisabeth-Lüders-Hauses in Berlin. Im Vordergrund sind einige Teilnehmer der Veranstaltung und im Hintergrund der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Hubert Hüppe, und Dr. Sigrid Arnade (Journalistin und Geschäftsführerin der Interessenvertretung Selbstbestimmtes Leben in Deutschland e. V.) zu erkennen.

FRAGERUNDE

Herr Matthias Seibt, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.:

Ich habe zwei Fragen, § 1906 BGB, der Zwangsunterbringung und Behandlung nur bei Behandlungsbedürftigkeit vorsieht. Wir wollen, dass dieser Paragraph als erstes fällt. Es muss danach nicht Selbst- oder Fremdgefährdung sein, sondern es reicht, dass der Arzt behandeln möchte. Wie stehen Sie dazu?

Die 2. Frage, wir haben das ja hier auch dokumentiert, dass die Psychiatrie eine ganz blutige Ernte hinterlässt. Wir schätzen, dass 10.000 Tote jährlich da produziert werden, natürlich nur zum Wohle. Untersuchungen zeigen 20 bis 32 Jahre Lebenszeitverkürzung. Was halten Sie davon, eine Todesfallstatistik zu machen, die eben festhält, wie viele Leute innerhalb von 12 Monaten nach einem Psychiatrieaufenthalt sterben? Die Zahlen liegen bei den Krankenkassen.

Herr Franz Herrmann, Deutsche Cochlear Implantat Gesellschaft e. V.:

Sie sagten, dass das Zuständigkeitsgerangel, wer zahlt, das größte Problem ist. Die Krankenkasse ist zuständig, diese Fragen sollten nicht auf dem Rücken der Kranken ausgetragen werden. Das sollen die Institutionen selbst unter sich ausmachen, dann hat man ein schnelles Ergebnis. Was meinen Sie als Abgeordnete dazu? Welche Gesetze müssen geändert werden? Es sollte grundsätzlich die Kasse erst mal zahlen, das wäre eine gute Lösung für die Betroffenen, weil es dann schnell geht und nicht erst 2, 3 Jahre dauert.

Herr Holger Hase, Netzwerk Selbst Aktiv (Mecklenburg-Vorpommern):

Ich habe eine Frage an Frau Molitor wegen der Arbeitsgruppe im Justizministerium. Wie werden die Länder in die Arbeitsgruppe einbezogen und was geht nach der Zielsetzung in die Justizministerkonferenz mit rein?

ANTWORTRUNDE

Frau Gabriele Molitor, Behindertenpolitische Sprecherin der FDP-Bundestagsfraktion:

Der Arbeitsauftrag an die Arbeitsgruppe zum Betreuungsrecht geht zurück auf die Beschlüsse der Konferenz der Justizministerinnen und Justizminister der Länder aus den Jahren 2005 und 2009. In einer Bund-Länder-Besprechung im September 2009 haben sich die Landesjustizverwaltungen und das Bundesministerium der Justiz darauf geeinigt, für die genannten Beratungen keine der üblichen Bund-Länder-Arbeitsgruppen zu gründen, sondern eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe unter Vorsitz des Bundesministeriums der Justiz zu bilden. Durch Einrichtung einer interdisziplinären Arbeitsgruppe sollte ein möglichst umfassender Blick auf das Betreuungsrecht gerichtet und gleichzeitig eine effiziente Arbeit ermöglicht werden. Die Mehrzahl der 16 Landesjustizverwaltungen hat externe Experten benannt. Die Teilnehmer sollen ihren Sachverstand in die Beratungen einbringen. Verbandsvertreter sind bewusst nicht benannt worden.

Von Seiten der Landesjustizverwaltungen nehmen Vertreter der folgenden Länder an der interdisziplinären Arbeitsgruppe teil: Bayern, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt. Von Seiten der Landessozialministerien nehmen Vertreter der folgenden Länder teil: Hessen, Brandenburg und Bremen.

An zwei Terminen hat die Arbeitsgruppe ihren Kreis für weitere Teilnehmer erweitert. Zum einen hat die Arbeitsgruppe am 17. Juni 2011 Betroffene zu einem Dialog eingeladen, um mit ihnen über ihre praktischen Erfahrungen mit einer Betreuung zu sprechen und ihre Sicht auf das Betreuungswesen zu erfahren. An dem Dialog haben sechs Gäste teilgenommen. Zum anderen hat die Arbeitsgruppe am 5. September 2011 einzelne Verbandsvertreter zu einem Austausch eingeladen. Ein Abschlussbericht der Arbeitsgruppe wird derzeit vorbereitet.

Zum Thema der Todesfallstatistik, ich denke, es ist gut, wenn man verlässliche Zahlen hat, das hilft an vielen Stellen. Ich habe mir das auf meine Agenda geschrieben.

Was das Zuständigkeitsgerangel anbelangt, das ist ein grundsätzliches Problem, diese Schnittstellenproblematik begegnet uns oft, wenn es darum geht, Menschen mit Behinderung zu ermöglichen, ihre Leistungen zu bekommen. Das ist in der Praxis häufig schwierig und unbefriedigend. Die Schnittstellenkoordination funktioniert nicht immer wie gewünscht, was in Gemeinsamen Servicestellen passiert, ist nicht so optimal. Ich setze mich seit 2 Jahren mit der Thematik auseinander und komme zur Auffassung, dass wir insgesamt zu einem personenzentrierteren System kommen müssen, damit wir das Hin- und Hergeschiebe ausschließen können. Es gibt aber schwierige Strukturen, die Versäulung im Sozialsystem, die Ansprüche sind in verschiedenen Sozialgesetzbüchern dargelegt. Das ist im Grunde die Problematik: Wie führen wir das so zusammen, dass es personenzentriert ist? Dieser Herkulesaufgabe muss man sich widmen, wir sind da im Prozess, ich kann meine Unterstützung zusichern, aber nicht versprechen, dass wir das bis zum Ende dieser Legislaturperiode schaffen, aber es ist klar, dass wir da ansetzen müssen, um die Schnittstellenproblematiken zu verhindern. Ich möchte auf einen gemeinsamen Antrag von CDU und FDP hinweisen, dass wir hier aktiv werden müssen.

Die Bemerkung zum Paragraph BGB 1906: Ich nehme das auf.

Herr Dr. Ilja Seifert, Behindertenpolitischer Sprecher der Bundestagsfraktion DIE LINKE:

Was die Frage des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) angeht, da sind wir der Meinung: Jeder hat das Recht, jede Behandlung zu verhindern, insofern bin ich auf Ihrer Seite Herr Seibt. Der Paragraph 1906 BGB ist diskriminierend, keine Frage. Ob das für den Einzelnen gut oder schlecht ist, hat der Arzt nicht zu entscheiden. Und wenn ich eine Behandlung nicht will, dann kriege ich sie nicht und fertig aus.

Zur zweiten Frage, die Todesfallstatistik, das ist eine wichtige Anregung. Wir werden da immer wieder anfragen und die Regierung damit nerven, damit können Sie rechnen.

Leistungsgewährung aus einer Hand, das ist ja solange ich Bundesbürger bin Thema. Das wir immer das Problem haben, von Pontius zu Pilatus zu gehen, von einer Kasse zur anderen, das zu lösen scheint nicht leicht zu sein. Es ist aber eine notwendige Aufgabe. Wir sind der Meinung, dass wir ein Teilhabesicherungsgesetz für die Regelung der Angelegenheit brauchen. Jeder Bürger sollte einen Ansprechpartner für seinen bestimmten Anspruch haben. Wie dieser bezahlt wird, ob von der Versicherung, der Kasse, der Sozialhilfe, das ist uns dann nebensächlich. Hauptsache, man kriegt, was man braucht. Wir stehen der Intention Ihrer Frage da sehr nahe und wollen versuchen, alles was wir aus der Opposition dazu tun können auch zu tun.

FRAGERUNDE

Frau Antonia Schwarz, Referentin bei Maria Klein-Schmeink (Abgeordnete der Bundestagsfraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN):

Frau Klein-Schmeink bat mich, hier eine Frage zu stellen. Frau Klein-Schmeink hat sehr viele Anfragen zu psychischen Erkrankungen gestellt, sie plant Ende November eine Veranstaltung zu den Rechten von psychisch Kranken und wieweit die UN-Behindertenkonvention zu Gesetzesänderungen beitragen muss. Wir dachten, die Regierung hat schon erklärt, dass keine Gesetzesänderungen nötig wären, wenn es um das Thema Selbstbestimmung von psychisch erkrankten Menschen geht. Es gab heute viele Ergebnisse der Veranstaltung, was passiert damit, wird die Regierung Punkte aufgreifen? Wie ist das gedacht?

Herr Prof. Dr. Michael Seidel, Stiftung Bethel.regional:

Sigrid Arnade sprach die Defizite in der ambulanten psychiatrischen Versorgung an. Die Psychiatrie-Reform, die ja mit dem Meilenstein der Psychiatrie-Enquete 1975 verbunden ist, startete seinerzeit mit einer Zusage, dass die Ressourcen umgeschichtet werden: weg vom stationären Bereich in den ambulanten Bereich, das ist unterblieben. Es werden mehr finanzielle Mittel für die wohnortnahe Versorgung benötigt. Was kann man tun, damit das Versprechen eingelöst wird? Wir wissen, dass das im Gesetz vorgesehen ist. Noch ein zweites Beispiel: Die Sozio-Therapie ist im Gesetz festgeschrieben und es läuft aber nicht, was muss geschehen, damit es praktisch ans Laufen kommt?

Frau Gudrun Weißborn, Landesverband Berlin der Angehörigen psychisch Kranker e. V.:

Wir wissen, viele psychisch Kranke sind nicht im Versorgungssystem angekommen, sondern werden von Angehörigen betreut. Wie soll das in der Zukunft aussehen? Welche niedrigschwelligen Angebote wird es für die Familien geben?

ANTWORTRUNDE

Herr Dr. Ilja Seifert, Behindertenpolitischer Sprecher der Bundestagsfraktion DIE LINKE:

Die letzte Frage beantworte ich zuerst. Es ist im wesentlichen Sache der Länder oder der Kommunen,

so dezentral wie möglich Angebote zu schaffen. Dafür brauchen wir auf der Bundesebene die gesetzlichen Voraussetzungen. Aber, wenn jemand sich nicht zu erkennen gibt als Mensch mit psychischer Erkrankung, dann kann man nichts machen. Aber das Hauptproblem sehe ich darin, wie erkennt man, dass jemand Hilfe braucht und worin besteht die?

Das andere – Herr Seidel, was sie vortragen, – das ist ein Problem, das wir seit Jahrzehnten mit uns rumschleppen: Die Ambulantisierung – nicht nur bei Menschen mit psychischer Erkrankung – erweist sich als sehr zäher Prozess. Wir wissen das, ich habe, wir haben den Eindruck, dass es durchaus auch tradierte Formen von Politikgestaltung gibt, die wir durchbrechen müssen. So ist es beispielsweise für einen Landrat leichter, ein neues Gebäude einzuweihen als eine ambulante Struktur, die dann finanzielle Zuschüsse braucht. Das Gebäude ist eine einmalige Investition, ist ein politisches Argument. Im realen Leben ist das ein wichtiger Faktor und diesen zu durchbrechen ist nicht leicht. Also wir haben mit der Psychiatrie-Enquete seinerzeit ein sehr fortschrittliches Instrument in der Hand gehabt. Es ist dringend erforderlich, die Psychiatrie-Enquete einzulösen. Hier sehe ich auf Seite der Exekutive keinen großen politischen Willen. Was wir aus der Opposition heraus tun können, wollen wir gern tun, aber um bei der Ehrlichkeit zu bleiben, sehe ich momentan nicht, dass wir da auf große Gegenliebe stoßen werden.

Die Frage der Kollegin, kann man nur so beantworten: Das Problem ist erkannt, wir sollten vielleicht versuchen, gemeinsam etwas zu tun, über Fraktionsgrenzen hinaus etwas versuchen. An der Stelle sollten wir auf einander zu gehen und dann sehen, ob wir gemeinsam etwas machen können. Wichtig ist, dass die Bedürfnisse, der Bedarf von Menschen mit psychischer Erkrankung ernster genommen werden müssen.

Frau Gabriele Molitor, Behindertenpolitische Sprecherin der FDP-Bundestagsfraktion:

Als erstes: Ich empfinde es als besonders wichtig, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen mehr Akzeptanz erfahren. Ich glaube, da gibt es noch viel zu tun. Ich selber mache auch Kommunalpolitik. Es ist hilfreich, wenn man vor Ort in einem Sozialausschuss sieht, welche Möglichkeiten eine Kommune an niedrigschwelligen Angeboten hat. Das ist bundesweit noch nicht auf dem gleichen Level, das muss durch die politischen Ebenen hindurchgehen. Wenn etwas gut ist an der Diskussion, dann, dass die UN-Konvention einen Anknüpfungspunkt bietet, das in eine breite Öffentlichkeit zu transportieren. Das sehe ich auch als Chance, auch für Menschen mit psychischer Erkrankung, das muss aus der Ecke heraus, das braucht Akzeptanz, es geht darum hier eine stigmafremde Lobby zu entwickeln. Das muss unser allererstes Ziel sein. Daraus leiten sich Dinge ab: Wie können Familien gestützt werden? Was kann vor Ort passieren? Daher nehme ich aus Ihrer Anmerkung mit, dass ich mal bei meinem Sozialausschuss vor Ort gucke, was ist vorhanden und was nicht. Daher finde ich die Veranstaltung von Hubert Hüppe und Sigrid Arnade so wichtig, wir machen hier eine Bestandsaufnahme, wir gucken, was gibt es, wo sind Lücken, wo ist was nicht in Ordnung umgesetzt. Es ist auch meine Erfahrung, dass die Gesetze vieles möglich machen, aber oft hapert es an der Umsetzung. Das sollte verbessert werden.

FRAGERUNDE

Herr Prof. Dr. Michael Seidel, Stiftung Bethel.regional:

Frau Molitor, Sie sagten, dass die ganze Gesellschaft von der UN-Konvention betroffen ist. Welche Möglichkeiten sehen Sie als Abgeordnete, bei Ihren Kollegen – egal welcher Partei – bei allen ein Bewusstsein zu erzeugen, dass die UN-Konvention eine Aufgabe für alle Bereiche der Gesellschaft darstellt. Ich beobachte eine entsetzliche Tendenz. Nämlich, dass die UN-Konvention zugespitzt als Angelegenheit des BMAS gesehen wird, das ist nicht richtig, es ist eine Verkehrung. Das Thema Behinderung gehört in den Mainstream, und wenn jemand im BMG in einer Anhörung sagen kann, die UN-Konvention betrifft das Gesundheitsministerium nicht, dann ist da Nachschulungsbedarf.

Frau Dr. Sigrid Arnade, Journalistin und Geschäftsführerin der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL):

Sie stehen mit Ihrer Meinung nicht allein.

(Auf das Statement von Herrn Prof. Dr. Seidel reagierte das Plenum mit Applaus)

Herr Matthias Seibt, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.:

Erst einmal: Die Zunahme der psychisch Kranken halte ich für einen Artefakt. Das sieht man an den Ritalin-Kindern: Es ist gemacht. Es liegt an der profitgierigen Pharmaindustrie und den Leuten, die davon leben. Die Psychiatrie-Enquete ist total gescheitert. Die wollten weniger Psychopharmaka verschreiben und verschreiben mehr. Es hieß weniger Zwang und die machen mehr Zwang. Es sind jetzt mehr Leute in Langzeitheimen als damals in Langzeitstationen. Die Psychiatrie-Enquete ist auf ganzer Linie gescheitert und nicht nur ein bisschen. Jetzt meine Fragen. Es ist immer von Versorgung die Rede, da denke ich immer an eine Bakterienkultur, in die Nährlösung geleitet wird. Mir gefällt das Wort Hilfe besser, weil Hilfe kann ich auch ablehnen. Wie sehen Sie das? Darf man die Versorgung ablehnen? Ich kann dann auch sagen, das ist keine Hilfe, das will ich nicht.

Das UN-Hochkommissariat äußerte sich eindeutig, was die UN-Konvention bedeutet, dass es keine Sondergesetze geben darf, und gerade die westlichen Industrienationen meinen, sie hätten da keinen Nachholbedarf. Ist Ihnen das überhaupt bekannt, dass die UN-Hochkommissarin sich da geäußert hat? Hat das Relevanz für Sie? Diese Institution? Oder haben wir die Menschenrechte gepachtet und brauchen da gar nicht drauf zu achten?

Frau Elisabeth Fix, Deutscher Caritasverband:

Ich möchte nochmal auf das Betreuungsrecht zurückkommen. Es werden in Deutschland zu viele Betreuungen zu schnell eingerichtet. Der Rolle der niedrigschwelligen sozialen Hilfe wird nicht der nötige Raum gegeben. Welche Möglichkeiten sehen Sie die niedrigschwelligen Sozialen Hilfen zu stärken?

ANTWORTRUNDE

Frau Gabriele Molitor, Behindertenpolitische Sprecherin der FDP-Bundestagsfraktion:

Zur UN-Konvention, da sagte ich schon, dass wir mit dem Aktionsplan, der Gegenstand des Koalitionsvertrages war, deutlich machten, dass es sich um eine Querschnittsaufgabe handelt, dass man es an einem Ministerium ansiedeln muss, ist organisatorisch begründet. Es hat ja gedauert, bis es den Aktionsplan gab. Mir wurde berichtet, dass die Ressortabstimmungen viel Zeit beanspruchten. Ihnen ist das klar, dass die Behindertenpolitik eine Querschnittsaufgabe ist. Aber das ist noch nicht Allgemeingut. Wenn ich auf meine Kollegen zugehe, z. B. Bau-, Wohnungs-, Verkehrspolitiker. Diese Politiker denken auch nach, es geht nicht nur darum, dass man energetisch arbeitet, sondern, dass man auch bei Barrierefreiheit voranschreiten muss, da den Fokus drauf richten muss. Das ist ein stetiger Prozess, dass man bei den Kollegen große Bereitschaft findet. Aber wir sind ein lernendes System, wir lernen, das ist eine übergeordnete Aufgabe für die Bundespolitik, Landesgesetze und Kommunen. 2009 ist die UN-Konvention ratifiziert worden. 2011 haben wir nun den Aktionsplan. Wir brauchen da eine gewisse Zeit, das ist für Betroffene immer sehr unbefriedigend. Aber ich denke, man muss der Fairness halber sagen, es ist ein langer und schwerer Prozess. Das Bewusstsein und das Denken müssen sich ändern, auf allen Ebenen. Dass man im Grunde bei allen Entscheidungen, sei es jetzt die Stadtentwicklung oder was auch immer, dass man immer die UN-Konvention und die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung im Blick haben muss. Ich stimme zu, dass die Andockung beim BMAS erst mal Fakt ist. Der Austausch mit der Gesundheitspolitik muss eng werden. Ich denke, da ist Ihre Veranstaltung ein guter Impulsgeber, in diese Richtung zu arbeiten. Wir stellen fest, bei der Schnittstellenproblematik

war das schon so, dass oft Regelungen vorhanden sind, wir uns aber einen Gesamtüberblick verschaffen müssen und uns alle für das Thema sensibilisieren müssen.

Was die menschenrechtliche Dimension der UN-Konvention angeht: Es gibt die Monitoringstelle, die das begleitet und uns auch kritisch zur Seite steht, was Fragen der Selbstbestimmung angeht. Das Betreuungsrecht, zu viel Betreuung war Thema. Dass wir uns der Frage annehmen, zeigt das müssen wir ansehen.

Ich bin selbst Kommunalpolitikerin. Was niedrigschwellige Betreuung angeht, die Kommunen haben finanzielle Schwierigkeiten. Wir können nicht alles umsetzen, mit einer Bestandsaufnahme ist schon viel zu tun, so können wir uns stufenweise dieser Problematik nähern. Ich halte diese niedrigschwelligen Angebote für ungemein wichtig. Ich weiß, viele Betroffene in Selbsthilfegruppen sind hier aktiv. Das sollte noch mehr bekannt und publik gemacht werden.

Herr Dr. Ilja Seifert, Behindertenpolitischer Sprecher der Bundestagsfraktion DIE LINKE:

Versorgung der Hilfe und Ablehnungsmöglichkeiten. Wenn Sie großen Wert auf das Wort „Hilfe“ legen, bin ich bei Ihnen. Die Frage der Ablehnbarkeit, die muss immer gegeben sein. Ich will keine Hilfe oder Versorgung aufgezwungen haben. Solidarität ist zweiseitig, man muss sie geben und nehmen können. Ich denke, diesbezüglich sind wir sehr nah beieinander.

Zu der Frage von Herrn Seidel: Wir haben kein Menschenrechtsministerium in diesem Lande, das liegt nicht daran, dass wir keine Menschenrechtsverletzungen haben, aber wir nehmen das nicht wahr, nur in Tibet etc. Das wäre das Ministerium, das zuständig wäre, wenn das nicht gleich beim Kanzleramt angesiedelt wäre. Wir haben immerhin einen Menschenrechtsausschuss, dieser befasst sich nicht mit der UN-Konvention. Das ist ein Fehler, der gemacht wird, so gesehen, bewege ich mich offensichtlich in anderen Kreisen als Frau Molitor, ich stoße da nicht auf Offenheit, wenn ich sage: „Das ist ein Querschnittsthema“. Ein Beispiel: Wir sind in den Haushaltsverhandlungen für 2012, es geht darum, was wird für die UN-Konventionsumsetzung in jedem Ministerium eingestellt? Die letzten 2 Jahre sagte man immer: „Wir können nichts einstellen, wir brauchen erst den Aktionsplan, damit wir wissen, wofür wir es einstellen sollen.“ Jetzt liegt dieser vor, was heißt, es ist eher ein dickes Papier, aber es liegt etwas vor. Jetzt wird gesagt: „Wir brauchen nichts mehr einzustellen, weil ja der Aktionsplan da ist.“

Man bräuchte ein Konjunkturprogramm, über zehn Jahre gestreckt, jedes Jahr eine Milliarde zur Beseitigung von bestehenden Barrieren, aber was macht der Minister? Eine große Konferenz zur Städtebauförderung, in der Barrierefreiheit nicht mal auf der Tagesordnung ist und keine Experten in eigener Sache zu Wort kommen.

Wir reden über Menschenrechtskonvention, Gesundheit ist naheliegend, aber nicht alles, ich nannte die Ministerien, Finanzen, Inneres, alle anderen Bereiche, Tourismus, Wirtschaft, sonst was, in jedem Bereich hat das seine Rolle, auch im BMAS. Ich fragte Frau von der Leyen, was in ihrem Ressort eingestellt sein wird. Die Ministerin hat nicht geantwortet, sie sagte, in jedem Ressort wäre was zu tun. Ich bitte auch Sie alle, da genau zu gucken, wo ist die UN-Konvention im Haushalt verankert?

FRAGERUNDE

Frau Inge Jefimov, Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Vorsitzende Landesverband Hamburg:

Was ich immer wieder feststellen muss: Wir haben viel zu wenig bezahlbaren Wohnraum für die Betroffenen. Wie und wo soll der Wohnraum für Betroffene geschaffen werden?

Frau Dagmar Schwarz, Albatros gGmbH:

Ich habe eine berlingspezifische Frage. Es geht um die Angehörigen psychisch Kranker (APK) und um die Rehabilitation psychisch Kranker, die von der Bundesarbeitsgemeinschaft empfohlen wurde. Damit gemeint ist, dass die medizinische und die berufliche Rehabilitation möglichst unter einem Dach angeboten werden, um gerade jüngeren psychisch Kranken den Weg in Ausbildung und Beruf zu ermöglichen. Das ist bundesweit bereits größtenteils umgesetzt. In Berlin gibt es also mindestens 6 Anträge an die Kostenträger, die seit mehreren Jahren sabotiert werden. Es wird nicht daran gedacht, das umzusetzen, man verweist auf Angebote, die aber von diesen psychisch Kranken nicht genutzt werden können. Ich arbeite in einer Tagesstätte für psychisch Kranke. Ich wollte fragen, ob es Möglichkeiten auf Seiten der Politik gibt, hier Einfluss auf die Kostenträger (Rentenversicherung, Krankenkasse und Jobcenter) zu nehmen?

Herr Volker Albert, Deutsche Tinnitus Liga e. V.:

Wie kann man einen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Konvention machen, wenn kein genaues Zahlenmaterial über Menschen mit Behinderung vorliegt? Die Zahlen der Statistik sprechen von 7,4 oder 8,4 Mio., Politiker sprechen von 13 - 17 Mio. Schwerhörigen. Wo sind die erfasst? Solange das nicht läuft, wird im Sinne der Barrierefreiheit - jetzt speziell Schwerhörigkeit - nichts passieren, weil die gibt es ja nicht in der Statistik.

Die Frage ist: Wie kann man das den Politikern klarmachen, dass das Geld nicht nur für die Menschen mit Behinderung ist, sondern auch für die Allgemeinheit. Bei der Einweisung in Altersheime und Psychiatrie: Warum wird hier nicht auch ein Hörscreening eingeführt? Denn es stellt sich sehr oft heraus, dass die häufig einfach nichts hören. Wie kann man das regeln, dass man das macht?

ANTWORTRUNDE

Frau Maria Michalk, Behindertenpolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion:

Zu den Fragen, wir haben zu wenig bezahlbaren Wohnraum. Das ist eine generelle Frage, ich versuche das immer in das Thema einzubetten. Es geht ja um psychische Gesundheit, wir verfolgen politisch intensiv die Forderung „ambulant vor stationär“. Der Betroffene sollte so lange wie möglich im vertrauten Wohnumfeld wohnen. Dieses Umfeld sollte dann so geändert werden bis es barrierefrei ist.

Ich habe gerade den Haushalt angesprochen, da sind wir kritisch mit der Regierung, ich finde es nicht richtig, dass man das nicht in den Haushalt aufnahm, altersgerechten Wohnraum. Wir sind dabei, das zu korrigieren. Ein Beispiel, wir haben das im Blick, dass wir für alle Menschen bezahlbaren Wohnraum vorhalten, dass die regionalen Akteure auch etwas dazu tun müssen, ist klar.

Frau Schwarz möchte ich sagen - Rehabilitation für psychisch Kranke und die Verknüpfung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation - klar, es gibt in den Ländern viele gute Beispiele, dass der Verschiebepark nicht stattfindet. Wenn sich das in Berlin über Jahre nicht löst, kann ich nur einen Appell machen: Wir als Bundestagsabgeordnete haben da keinen Einfluss drauf. Nach der Bildung der nächsten Landesregierung darauf drängen, das Thema anzunehmen.

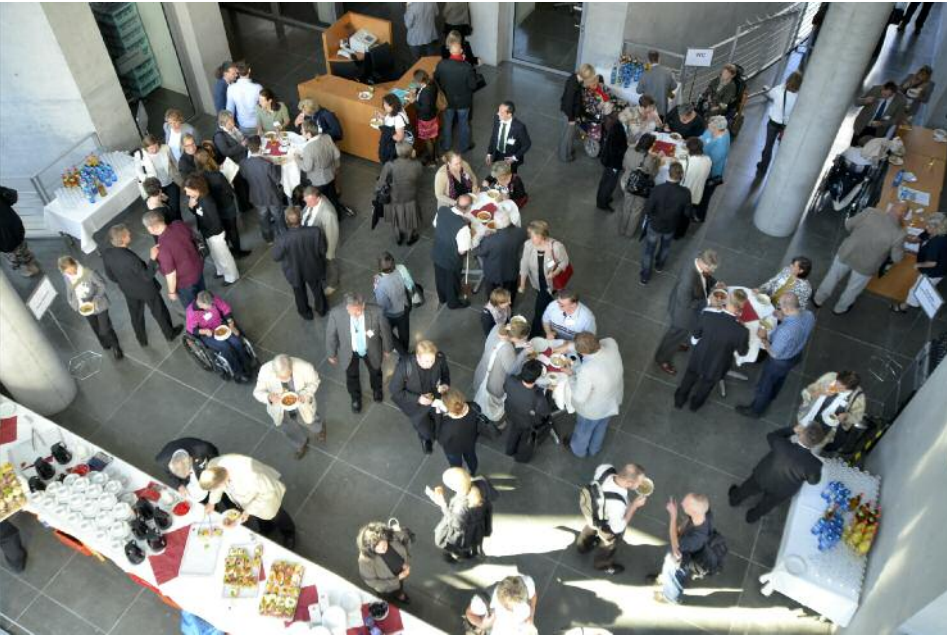
Es ist kein Zahlenmaterial vorhanden, Herr Albert, wir sind unzufrieden mit der Datenlage. Frau von der Leyen hat festgelegt, dass es jetzt eine statistische Erfassung dieser Daten gibt. Der Weg ist das Ziel, es wäre schlecht, erst mal zu warten und dann erst den Aktionsplan zu machen, wir sind jetzt auf dem Weg. Wir reden alle von Entbürokratisierung, aber ordentliche Daten zu haben, da muss man Leute abfragen usw., da können Sie uns helfen, dass wir rasch zu Daten kommen, indem man ausfüllt, was man da kriegt. Herr Herrmann, Ihre Meinung teile ich, was für Menschen mit Behinderung getan wird prä-

ventiv, hat Vorbildwirkung auf die gesamte Bevölkerung. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Verordnung herausgegeben vor Jahren, um Hörscreenings bei Neugeborenen zu etablieren. Das wird auch gemacht, wo es Defizite gibt, bei Verdachtsfällen die Verfolgung dieser Behandlung bis zum

6. Lebensjahr, wenn man das in der frühkindlichen Versorgung behandelt, kann man Folgeschädigungen vermeiden, weil das kindliche Gehirn andere Impulse aufnimmt. Hier haben wir unterschiedliche Regelungen in den Ländern. Manche haben keine Folgeregelungen zur Kostenübernahme, damit müssen wir uns befassen, das ist im Gesundheitsausschuss heute unter anderem unter dem Punkt Verschiedenes unser Punkt, das verpasse ich jetzt gerade.

Frau Gabriele Molitor, Behindertenpolitische Sprecherin der FDP-Bundstagsfraktion:

Ich schließe mich Maria Michalk an. Zu bezahlbarem Wohnraum: Wir sehen die Problematik in einer älter werden-



Blick von oben in die Lobby während der Mittagspause. Die Veranstaltungsteilnehmerinnen und -teilnehmer im regen Austausch miteinander.

den Gesellschaft, dieser Frage müssen wir uns stellen. Wir möchten ambulant vor stationär weiter vorantreiben. Die Wohnungswirtschaft steht insgesamt vor der Herausforderung, adäquaten Wohnraum zu schaffen. Barrierefreie Gestaltung ist dabei wichtig. Menschen mit Behinderung leben nicht in einer Sonderwelt, sondern das Thema geht alle an, alle müssen sich verantwortlich fühlen, jeder kann auch jederzeit von einer Behinderung betroffen sein.

Die Politik braucht vernünftiges Zahlenmaterial, das stellt allerdings ein Problem dar. Persönlichkeitsrechte sind zu berücksichtigen, wir müssen das immer abwägen, man braucht valides Datenmaterial. Frau Michalk informierte ja bereits, dass das Problem erkannt ist, man kümmert sich darum.

Herr Hubert Hüppe, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen:

Es wurde gesagt, der Kontext würde noch nicht als Menschenrechtsfrage angesehen werden. Als ich mein Amt antrat, wurde ich zuerst vom Menschenrechtsausschuss eingeladen, nicht vom Bundesministerium für Gesundheit. Es ist wichtig, dass das Thema im Menschenrechtsausschuss Gehör findet.

Beim Thema „Gesundheit für Menschen mit Behinderung“ ist es reflexartig und fraktionsübergreifend, den behindertenpolitischen und nicht den gesundheitspolitischen Sprecher zu entsenden. Mit den behindertenpolitischen Sprecherinnen und Sprechern kann man zwar gut zusammenarbeiten, aber es wäre gut, auch die anderen Politikerinnen und Politiker dabei zu haben, um deren Bereich es jeweils geht. Nächstes Jahr beim Thema „Arbeit“ als Schwerpunkt wollen wir wieder versuchen, die entsprechenden Politikerinnen und Politiker zu kriegen, am besten sollten auch die Haushaltspolitikerinnen und -politiker mitdiskutieren.

Diskussionsrunde zum Thema 2: „Patientenversorgung“

Frau Dr. Sigrid Arnade, Journalistin und Geschäftsführerin der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL):

Ich führe Sie nun wieder ins Thema ein:

A. Probleme

- Keine freie Arztwahl bzw. Zahnarztwahl
- Mangelnde Barrierefreiheit im umfassenden Sinn
- Besondere Versorgungsdefizite auf dem Land (fehlende Fachärzte und Fachkenntnis)
- Keine klaren Zuständigkeiten

B. Handlungsbedarfe

- Betroffene einbeziehen, wertschätzende Haltung
- Betroffene zur Mitbestimmung befähigen (Empowerment)
- Wunsch- und Wahlrecht realisieren
- Barrierefreiheit in allen Praxen, aber auch bei Krankenkassen inkl. leichter Sprache und im Internet sicherstellen; im Einzelfall auch angemessene Vorkehrungen
- Barrierefreiheit kontrollieren
- Bessere Beratungs-, Beschwerde-, Ombudsstellen schaffen
- Spezialisierte Beratungs- und Behandlungsstellen wurden kontrovers diskutiert
- Aus-/Fort-/Weiterbildung für alle im Gesundheitswesen Tätigen inkl. ZahnärztInnen verbessern und zur Pflicht machen
- Vernetzung aller Beteiligten inkl. SH-Organisationen

C. Legislativer Handlungsbedarf

- Alle Gesetze mit der BRK abgleichen
- Beim GKV-Versorgungsstrukturgesetz SGB V um einen § 22 a (Besondere zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen) ergänzen
- Mitnahme von Blinden-/Begleithunden regeln
- Assistenz im Krankenhaus und in der Reha regeln

Stellungnahmen der Abgeordneten

Frau Dr. Martina Bunge, Gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion DIE LINKE:

Mein Credo ist Menschen mit Behinderung müssen, sollen sich selber äußern. Alles andere ist über Menschen reden, und das ist nur zweitklassig. Wir sehen aus den Berichten wie weit wir noch von der Umsetzung der UN-Konvention entfernt sind. Gerade, wenn man den Artikel 25 anschaut „diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung in der gleichen Bandbreite, in der gleichen Qualität und zu den gleichen Standards wie andere Menschen“, das entspricht nicht der Realität. Die barrierefreien Praxen sind ein Thema. Wir haben bei der Regierung nachgefragt, es gibt keinen Überblick wie viele barrierefreie Praxen es gibt. Ich denke, das müsste auch eine Forderung sein, eine Statistik zu erstellen. Das Internet muss barrierefrei sein, das ist vorgegeben, aber selbst im Bundestag gab es da Schwierigkeiten. Ich war Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit. Es war mein Anliegen; unsere Internetseite barrierefrei zu machen. Wir haben es nach anfänglichen Schwierigkeiten innerhalb eines Jahres hinbekommen alles (außer Dateien von anderen im PDF-Format, die man nicht bearbeiten kann) barrierefrei zu machen. Es müsste seit 2006 alles barrierefrei sein.

Die Fraktion DIE LINKE sieht das Problem vor allem im ländlichen Raum. In Mecklenburg-Vorpommern haben wir Land genug und Menschen wenig. Wir sind also ein Prototyp für Ärztemangel, der sich für Menschen mit Behinderung besonders auswirkt. Auch die zahn- und augenärztliche Behandlung ist für uns im Fokus. Wir haben nach der Beratung von Hubert Hüppe die Regierung mit einer Anfrage zum Thema Zahnmedizin beauftragt, um eine Stellungnahme zu erhalten. Sie erkennt, dass pflegebedürftige, vor allen Dingen Menschen mit geistigen Behinderungen und demente Menschen, deutlich höheren zeitlichen Aufwand in den Zahn-, und Augenarztpraxen haben. Die Regierung ist aber nicht zur abweichenden Vergütung für solche Leistungen willig. Die Feststellung ist aber da. In das Versorgungsgesetz, das gerade in Bearbeitung ist, sollte man einen Paragraphen 22 a einfügen, wir würden das unterstützen. DIE LINKE selbst will nicht so viele Änderungsanträge machen. Aber, wenn jemand kommt, der Anträge macht, unterstützen wir das. Wenn wir Anträge stellen, werden diese abgelehnt. So unterstützen wir auch den Antrag Assistenz in Krankenhäusern für alle. Wir warten jetzt, dass es in das Versorgungsgesetz kommt. Dieses Ringen zeigt, dass das Handeln der Regierung mit der Selbstverpflichtung, die UN-Behindertenrechtskonvention schnell umzusetzen nicht im Einklang steht. Wir denken, die Politik muss aufhören nur sogenannte Aktionspläne zu machen, sondern es müssen die finanziellen Mittel bereitgestellt werden. Denn Inklusion, Barrierefreiheit, volle Teilhabe ist nicht zum Nulltarif zu machen, das muss man anerkennen. Wichtig ist das Bewusstsein in die breite Bevölkerung zu tragen, um das nicht als Makel, als bloßen Kostenfaktor, sondern als Erfordernis zu sehen. Wir müssen das Nest bauen, damit alle darin leben können. Das ist nicht so einfach zu machen, es ist in allen Bereichen ein Erfordernis, auch in der Aus- und Weiterbildung und bei Leistungserbringern ein Bewusstsein zu schaffen, was spezifische Probleme sind, damit man die Benachteiligungen überwindet.

Frau Mechthild Rawert, Abgeordnete der Bundestagsfraktion SPD:

Möglicherweise kennen Sie das Positionspapier der SPD-Fraktion, das wir vor der Sommerpause beschlossen haben: „Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention – Herausforderung und Chance für eine inklusive Gesellschaft“. Wir haben hier unsere Position zu den verschiedenen Politikbereichen, auch zum Nationalen Aktionsplan, zusammengefasst.

Zum Thema Patientenversorgung:

Auch wir sind der Meinung, dass die Einschränkungen in der freien Arztwahl aufgrund baulicher, fachlicher, kommunikativer Barrieren abgebaut werden müssen. Wir meinen, dass Handlungsdruck besteht bei zahnärztlicher, aber auch gynäkologischer Behandlung behinderter Frauen, im augenärztlichen Bereich und bei podologischen Behandlung. Wir glauben, dass Hausärztinnen und Hausärzte in die Lage versetzt werden müssen, Menschen mit Behinderung besser zu beraten und tatsächlich als Lotsin oder Lotsen durch das System zu führen, damit es nicht zu unnötigen Anstrengungen kommt, die Spezialisten zu finden. Hausarztverträge müssen also erweitert werden (Stichwort: Zusatzvergütungen).

Zum Thema Versorgungsstrukturgesetz:

Es soll der Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten dienen. Es ist erst mal losgelöst davon, ob es chronische Erkrankungen sind, Behinderungen o. ä. und soll der Überversorgung einerseits und der Unterversorgung andererseits entgegenwirken. Über- und Unterversorgung ist keine Terminologie, die sich nur nach Regionen richtet, Stadt und Land oder in Berlin über- und unterversorgte Viertel. Über- und Unterversorgung bezieht sich auch darauf, ob wir genug Spezialisten haben, um Menschen mit Behinderung allgemein eine entsprechende, adäquate und fachgerechte Versorgung zukommen zu lassen. Hier vermissen wir in diesem großen Versorgungsstrukturgesetz einen Auftrag. Es geht auch darum, dass wir dafür Sorge zu tragen haben. Das könnte auch sein, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen eine andere Rolle bekommen, dass sie beispielsweise Niederlassungen nur noch bewilligen, wenn diese barrierefrei sind. Wir haben auch die Forderung nach barrierefreiem Umbau von Einrichtungen wie Krankenhäusern, Ergotherapiepraxen, Reha-Einrichtungen, denn hier herrscht

oft noch keine Barrierefreiheit. Wir betrachten es so, dass beim Thema Beschäftigte im Gesundheitswesen noch hoher Nachbesserungsbedarf in Aus-, Fort- und Weiterbildung herrscht, damit adäquat auf Erkrankungen, Gegebenheiten und Behinderungen eingegangen werden kann. Eine Barriere ist auch mangelndes Wissen.

Herr Dr. Harald Terpe, Abgeordneter der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen:

Ich möchte darauf hinweisen, dass es ein Verdienst des Bundesbehindertenbeauftragten ist, dass die Problemanalysen von der Patientenbehandlung von Menschen mit Behinderung zum Gegenstand politischer Statements geworden sind. Das ist eine wichtige Frage, weil wir landläufig die Position haben, unser Gesundheitswesen ist offen und für alle da. Wir haben die freie Arztwahl rein formal festgelegt. Aber man hat sich nicht die Frage gestellt, kommt das in der Praxis bei jedem Patienten an, vor allem auch bei Menschen mit Behinderungen oder mit chronischen Erkrankungen. Ich sage, dass wir als Gesellschaft nur unzureichend darauf vorbereitet sind. Man weiß auch, dass diese unzureichende Versorgung eine Sache ist, die sich nicht von heute auf morgen verändern wird. Daher braucht es erhebliche gemeinsame Anstrengungen von Ihnen und auch gerade in der Politik, dass in der ganzen Gesellschaft voranzubringen. Die Defizite liegen auf der Hand, es wurde gesagt, dass die Barrieren in baulicher und kommunikativer Hinsicht beseitigt werden müssen. Mittel müssen bereitgestellt werden, es muss sensibilisiert werden. Ärzte und Krankenhäuser müssen sich vorbereiten, dass wir künftig eine höhere Anzahl an Menschen mit Behinderung bekommen werden. Darauf sind die meisten Gesundheitseinrichtungen noch nicht ausreichend vorbereitet. Das wird die Aufgabe der Politik für die unmittelbare Zukunft sein.

FRAGERUNDE

Frau Renate Welter, Deutscher Schwerhörigenbund e. V.:

Ich möchte das Thema kommunikative Barrierefreiheit aufgreifen. Da haben wir die Möglichkeit durch das Sozialgesetzbuch I, §17 Absatz 2 bei Sozialleistungen Gebärdensprachdolmetscher und Schriftdolmetscher sowie andere Hilfen in Anspruch zu nehmen. Aber woran es hapert, ist die Umsetzung. Ein Beispiel, ich hatte 2010 einen Unfall, bin aus der Operation aufgewacht, da stand eine Gebärdensprachdolmetscherin, als ich wach wurde. Das fand ich gut, dass das Krankenhaus diese bestellt hat. Da habe ich gesagt: „Ich verstehe aber keine Gebärden, können Sie das alles aufschreiben?“, da sagte die Dame: „Also, dann kann ich wieder gehen.“ Schreiben konnte sie nicht. Die konkrete Frage: Gibt es eine Möglichkeit im Gesundheitswesen (vielleicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss) einen Qualitätsstandard zu erarbeiten, wie man die unterschiedlichen Bedarfe der Kommunikationshilfen etabliert. So dass der Betroffene diese nicht erst anfordern muss. Wir reden über Kranke, beispielsweise nach einem Unfall. Bei Untersuchungen in Krankenhäusern ist das ein wichtiger Punkt, aber auch in der Pflege alter Menschen, die sich nicht so äußern können. Daher ist es wichtig, einen Standard zu etablieren, den man entsprechend kommuniziert und auf welchen man dann zurückgreifen kann.

Herr Prof. Dr. Michael Seidel, Stiftung Bethel.regional:

Ich habe an alle die Frage: 2004 wurde § 2a Sozialgesetzbuch V eingeführt, der lautet wörtlich: Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen. Kurz und bündig, warum hat dieser richtungweisende Paragraph nicht zu einer früheren Befassung mit den Versorgungsmängeln und der Abschaffung der Regelungen, die nichts verbesserten, sondern die Lage für viele Menschen mit Behinderung verschlechterten geführt? Zum Beispiel: Aufgrund der Finanzierungsproblematik in der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es Ausgrenzungen von Leistungen. Letztere werden dem durchschnittlich Versicherten durchaus zumutbar sein, aber Menschen, die von der Sozialhilfe und Eingliederungshilfe abhängig sind und vielleicht nur 80 € im Monat haben, ist die Beschaffung einer neuen Brille nicht möglich, es sei denn, es treten Angehörige für sie ein. Sie schließen Men-

schen, die die finanzielle Leistungskraft nicht mitbringen, mit diesen Regelungen von der Versorgung mit den nötigen Leistungen aus.

Herr Bert Bohla, Lichtblicke e. V. - Verein zur Förderung des Blindenführhundewesens:

Es wurde schon die Problematik Blindenführhunde angesprochen. Es ist immer die Rede von baulichen Barrieren, es sind aber auch die Barrieren in den Köpfen. Die meisten blinden oder sehbehinderten Menschen haben mit den baulichen Barrieren wenig Probleme, aber wenn man zum Arzt kommt mit einem Blindenführhund hat man ein Problem. Auch bei der Reha ist es mit Blindenführhund ein Spießrutenlauf. Wir sind eine sehr kleine Gruppe mit Blindenführhunden und wir werden am laufenden Band diskriminiert. Wie kann man es regeln, was kann man tun, damit das aufhört?

ANTWORTRUNDE

Frau Dr. Martina Bunge, Gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion DIE LINKE:

Ich bin bei der 1. Frage zu den unterschiedliche Bedarfen der Kommunikationshilfen erstaunt gewesen, dass diese nirgends fixiert sind. Es ist schwierig, Balance einzuhalten, weil Hilfen auch immer sehr individuell sind und angepasst werden müssen. Die Fähigkeiten Hilfen anzunehmen sind unterschiedlich und insofern ist sicher die Fixierung nicht einfach. Ich denke da besteht dringender Handlungsbedarf.

Zu § 2 a SGB V, 2004 verankert, ich denke, das hängt damit zusammen, wie die Bundesregierung, die damals agiert hat, ihre eigene Verpflichtung der Änderung ernst nehmen. Wenn wir die Situation haben, dass wir Mängel oder Verschlechterungen haben, dann ist das einfach Gesetzesbruch und widerspricht der UN-Behindertenrechtskonvention. Ich denke, dass ist auch ein Problem herauszufinden, wie im täglich-

chen politischen Geschehen Menschen mit Behinderung teilnehmen können. Es sollte da ein ständiges Gremium von Betroffenen zur Beratung geben. Ich sagte bereits, ich komme aus Mecklenburg-Vorpommern, da war ich Ministerin 1998 bis 2002. Dort haben wir einen Integrations-Förderer, ich weiß, dass das Wort „Integration“ nicht mehr in ist, aber dieser Förderer, der jedes Gesetz auf den Tisch bekommt, existiert seit 12 Jahren. Da ist zumindest a) die Gesetzgebung verpflichtet einen Check zu machen, b) findet Sensibilisierung statt, der Abbau der Barrieren in den Köpfen. Ich denke, es ist wichtig, im täglichen Leben ermahnt zu werden, immer zu schauen und so langsam den Blick zu bekommen.

Herr Dr. Harald Terpe, Abgeordneter der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen:

Frau Welter, ich denke, dass da eine Gebärdensprachdolmetscherin da war, ist zunächst erst mal positiv. Es gibt genug Orte, wo nicht mal das gegeben ist. Das es in diesem Fall die falsche Hilfestellung war, ist ärgerlich. Es lässt sich aber in so einer Institution einfacher regeln, da sie sich der Thematik bewusst sind und versuchen eine Gebärdensprachdolmetscherin zu stellen. An vielen Stellen müssen wir überhaupt erst mal Sensibilität für die Problematik schaffen. Ihre Frage war ja, ob man den Gemeinsamen



**Blick auf die
Pressevertreter und
Pressevertreterinnen**

Bundesausschuss (G-BA) einen Gütekatalog erstellen lassen könnte. Ich denke, dass würde gehen. Das würde auch mit der Initiative, die in der Politik – zumindest von einigen Politikern und Fraktionen – verfolgt wird, passen. Dass man im G-BA nicht nur die Patientenvertreterrechte stärkt, sondern auch ein Initiativrecht von Verbänden einrichtet. Die Vertreter können nichts mitentscheiden, aber die Frage, ob man nur zuhören darf oder die Initiative ergreifen darf, das ist ein Unterschied. Auch wir von der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen verfolgen das Ziel, dass Initiativrechte im G-BA installiert werden, damit der G-BA sich auch solchen Problematiken zuwenden kann. Das ist, denke ich, kein böser Wille, aber wenn man was entscheiden soll, muss man auch dahin geführt werden, was überhaupt entschieden werden soll und insofern ist ein Initiativrecht gut.

Zur 2. Frage: Ich würde das erst mal positiv bewerten, dass der Gesetzgeber es in dem § 2 SGB V so formulierte, dass den Rechten von Menschen mit Behinderung Rechnung zu tragen ist. Aber die Frage ist häufig, was steht im Gesetz und was kommt in der Praxis an. Da habe ich die bittere Erfahrung gemacht, dass gesetzliche Normen in der Praxis oft nicht das Positive entfalten. Zu ihrer Frage: Damals hat man nicht daran gedacht, die Belange von Menschen mit Behinderung bei der Refinanzierung von Brillen zu berücksichtigen. Es hatte damals andere Ursachen, warum man diese Regelung getroffen hat. Da würde es auch helfen, dass man bei gesetzlichen Änderungen, diese den verschiedenen Interessensvertretern (auch Interessenvertretern von Menschen mit Behinderung) in der Gesellschaft zur Stellungnahme vorlegen muss. Damit infolgedessen auch entschieden wird, dass vielleicht eine Entscheidung, die für manche Menschen gut ist, für wieder andere Gruppen falsch ist. Dieses kann hier der Ausweg sein aus der Entscheidung von damals.

Zu der 3. Frage: Barrieren in den Köpfen, Reha-Maßnahmen für Menschen, die ihre Teilhabe mit Blindenführhunden wahrnehmen, das kann ich nur bestätigen, dass da ein Mangel ist und den gilt es zu beseitigen.

Frau Mechthild Rawert, Abgeordnete der Bundestagsfraktion SPD:

Zur 1. Frage: Feststellung des Bedarfs von Kommunikationshilfen. Das ist eine Aufgabe für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Des Weiteren geht es auch darum, in den großen vorhandenen Struktur- und Entscheidungsgremien, die Sicht von Betroffenen, von Patientenvertretern zu etablieren und die Rechte auszuweiten. Ich würde sagen, dass nicht immer alles böser Wille ist. Dennoch darf man sich damit nicht begnügen und das hinnehmen. Es ist hier eine Veränderung nötig.

Zum Thema Sozialhilfe, Eingliederungshilfe, Pflege: Da gibt es derzeit einen großen Streit. Wir haben im Gesundheitswesen Föderalismus, also gibt es die zusätzliche Barriere: Wer trägt welche Kosten? Als Bundespolitikerin sage ich: Es ist dringend nötig, den behinderungsspezifischen Behandlungsmehrbedarf in allen Bereichen pflegerischer und medizinischer Leistungen abzubilden. Es gibt häufig noch keine Vorlage und somit auch keinen Automatismus.

Zum Thema Blindenführhunde und Assistenz: Wir wissen, dass wir den Bereich Assistenz - nicht nur mitmenschliche, auch tierische - auszubauen haben. Es ist die Frage, inwieweit es nötig ist, im Reha-Bereich Sonderregelungen zu finden. Oder ob es nicht eher im Wettbewerb von Einrichtungen möglich ist zu sagen: Wir nehmen das Thema auf. Letztlich muss weiterhin sowohl menschliche Assistenz, wie auch ein Assistenzhund gestellt werden.

FRAGERUNDE

Frau Csilla Hohendorf, Landesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte Rheinland-Pfalz e.V.:
Was will die Regierung dafür tun, dass Menschen von einer Uniklinik nicht wegen einem Rollstuhl ab-

gewiesen werden dürfen? Meine schwerstmehrfachbehinderte Tochter sollte - als Erwachsene - in die Uniklinik, da hieß es: „Hier ist ein Rezept für ein Medikament, das ist bestimmt Epilepsie, aber hier können wir Sie nicht untersuchen.“ Daher ist es wichtig, dass es weiterhin Spezialkliniken gibt. Bei Epileptikern mit Behinderung gibt es 1 Jahr Wartezeit, das ist unmöglich.



Die andere Frage: Was kann die Politik tun, wenn 85 Jahre alte Eltern das schwerstmehrfachbehinderte Kind nicht mehr Tag und Nacht begleiten können, wenn dieses operiert wird? Das Kind ist 50, schwerstgeistigbehindert und Autist, die Eltern sind über 85. Nach der Operation musste das Kind eine Woche lang Tag und Nacht bewacht werden, weil es immer die Wunde aufgerissen hat. Hier greift nicht das Arbeitgeber-Assistenzmodell, weil das Kind noch immer zu Hause betreut wird.

Herr Volker Albert, Deutsche Tinnitus Liga e. V.:

Ich habe zwei kurze Fragen an die Regierungskoalition. Erstens: Ich bitte bei der kommunikativen Barrierefreiheit auch den Weg zum Arzt zu bedenken. Ich nehme oft das Auto, weil die Ansagen an den Bahnhöfen kaum verstehbar sind und es gibt nicht, wie gefordert, eine Sichtdarstellung. Man könnte mehr Druck auf die öffentlichen Betreiber ausüben.

Die Bundestags-abgeordneten Ingrid Fischbach, Gabriele Molitor, Maria Michalk, der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Hubert Hüppe, Dr. Sigrid Arnade (Journalistin und Geschäftsführerin der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V.), Mechthild Rawert, Dr. Harald Terpe, Dr. Martina Bunge

Wenn ich davon ausgehe, dass zwischen 12–15% der Bevölkerung in irgendeiner Form hörbehindert sind, gehe ich davon aus, dass es auch im Parlament hörbehinderte Menschen gibt. Ich bitte darum, dass diese sich endlich outen, um zu zeigen, dass man trotzdem voll aktiv tätig sein kann. Das ist wichtig, damit die Hörbehinderten endlich aus ihrem Versteck rauskommen.

Herr Gerd Miedthank, Selbst Aktiv Berlin:
Ich habe eine Frage zum Mehrbedarf und zwar hat man nun auch den Hygienemehrbedarf für Aids-Patienten von 20 Euro weggenommen. Gerade für Aids- und Krebspatienten ist es schwer mit dem Gesetz. Es gibt zwar in den Klauseln eine Regelung, verschiedene Paragraphen des SGB XII, aber diese werden gar nicht von den Sozialämtern wahrgenommen. Folglich kann man das beantragen, aber sie werden immer abgelehnt. Wann stellt man den Mehrbedarf so fest, dass er nicht ständig geändert wird?

Herr Andreas Bethke, Geschäftsführer Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V.:

Wir haben verschiedene Aspekte von Barrierefreiheit erörtert. Es ist darüber gesprochen worden, dass bei Neuzulassungen Barrierefreiheit gefordert werden könnte. Meine Frage ist: Könnten Sie sich vorstellen eine Regelung zu schaffen, eine Art Anreizsystem, wie es das in der Arbeitswelt gibt? Dort haben wir die Ausgleichsabgabe. Im Gesundheitssystem könnte das so aussehen, dass Arztpraxen die barrierefrei sind, in der Vergütung bevorzugt würden. Das würde uns nicht nur bei neuen Praxen helfen, sondern auch einen Anreiz bei bestehenden Praxen schaffen.

Herr Andreas Bethke, Geschäftsführer Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V.:

Nicht nur bauliche Dinge oder Hilfsmittel müssen barrierefrei verfügbar sein, sondern auch Medizin-

produkte. Wenn ich Menschen mit Diabetes nehme, die können sich zu Hause mit Insulinpumpen etc. versorgen. Menschen mit Sehbehinderung oder blinde Menschen, sind von den Produkten oft ausgeschlossen, weil design for all (Design für alle) nicht berücksichtigt wird. Man müsste im Gesundheitswesen neue Regelungen finden, auch hier den Aspekt der Barrierefreiheit anzubinden. Die Zugänglichkeit zu Medizinprodukten ist wesentlich, um als Patient zum Beispiel mit Diabetes autonom zu Hause die Krankheit bewältigen zu können. Man muss Regelungen finden, auch hier den Aspekt der Barrierefreiheit anzubinden. Gibt es Initiativen in den Fraktionen, Parteien dieses zu berücksichtigen?

ANTWORTRUNDE

Frau Maria Michalk, Behindertenpolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion CDU/CSU:

Die 1. Frage: Die Unikliniken, die rollstuhlfahrende Patienten abweisen, wenn man es ganz genau nimmt dürfte das gar nicht sein, denn zur Erstversorgung ist jeder verpflichtet. Das ist ein Beispiel dafür, dass im Gesetz Spielräume eingebaut sind, die in der Praxis nicht genutzt werden. Das müsste man sich anhand des Beispiels, das Sie genannt haben, genau ansehen. Das passt auch zu unserer Diskussion zum Versorgungsstrukturgesetz. Ich würde das nochmal gesondert in der Diskussion um das Versorgungsstrukturgesetz bei der spezialärztlichen Versorgung benennen. Die 85-jährigen Eltern, die ihr Kind im Krankenhaus haben, dort ist das Arbeitgeberassistenzmodell nicht gegeben. Wir müssen uns angucken, in welchen Fällen es vorkommt, dass dieser Mehrbedarf ausfällt. Mir sind auch Beispiele bekannt, bei denen man das vor Ort unkompliziert im gemeinsamen Miteinander durch das Bereitstellen einer Schwester geregelt hat. Auch das ist ein Beispiel, man kann streng nach Vorschrift handeln, aber auch menschlich.

Die 2. Frage: der Komplex „Weg zum Arzt“. Druck auf die öffentlichen Verkehrsbetriebe zu machen, Barrierefreiheit auch für hör- und sehgeschädigte Menschen so zu organisieren, dass diese die öffentlichen Verkehrsmittel nutzen können, das unterstütze ich. Ich hoffe, dass wir da durch die öffentliche Diskussion um den Nationalen Aktionsplan mehr Initiativen kriegen. Die Deutsche Bahn hat einen Plan für mehr Barrierefreiheit und Menschlichkeit gemacht, da kann ich mich nur anschließen. Man hofft, dass auch die Verkehrsbetriebe, vor allem der öffentliche Nahverkehr, da mehr Initiative ergreifen. Der Nationale Aktionsplan ist die Klammer um das Ganze. Wir erwarten, dass Betriebe (bzw. die Institutionen für sich) eine Zusammenfassung von Aktivitäten aufschreiben, die sie in Zukunft angehen. Zur uneingeschränkten Teilhabe gehört auch das.

Die 3. Frage: „Schwerbehindertenmehrbedarf“, also wo Sie das herhaben, dass es um 20% gekürzt worden ist, kann ich nicht nachvollziehen. Wir haben im SGB XII geregelt, dass man den Mehrbedarf nachweisen muss. Das ist also individuell. Wir wollen das nicht pauschal festlegen, das ist auch nicht auf der Agenda. Die individuelle, einzelbedarfsbezogene Betrachtung bleibt unser politisches Ziel.

Zu Herrn Bethke, ich kann mir Anreizsysteme für Barrierefreiheit in Arztpraxen vorstellen, das diskutieren wir auch. Gerade im Versorgungsstrukturgesetz ist es Thema, weil wir wissen, dass Barrierefreiheit bei Umbau oder Sanierung eines Krankenhauses über die Investitionspauschale gefördert wird. Eine klassische Praxis muss Barrierefreiheit aus dem Budget heraus erarbeiten. Wir haben diese Frage auch unter dem Aspekt einer flächendeckenden Versorgung zu diskutieren. In Ballungsräumen ist es bei der Arztwahl durchaus ein Kriterium, welcher Arzt eine barrierefreie Praxis hat. Im ländlichen Raum, wo wir mit Unterversorgung zu kämpfen haben, ist es nicht so auf dem Schirm. Da sind Anreize wichtig. Das Thema wird immer flächendeckender akzeptiert, vor allem durch die älter werdende Bevölkerung, die ohne Aufzug nicht in das erste Obergeschoss kommt. Ich kenne im ländlichen Raum viele Praxen, die neu bauen, umbauen oder sanieren und da ist dann das Thema Zuschuss wichtig. Bei den medizinischen Produkten, die für Menschen mit Sehbehinderung schwerer zu verstehen sind, weil sie nicht in Braille

oder anders kenntlich gemacht sind: Das ist eine Herausforderung und auch ein Appell an die Pharmaindustrie. Diese kann z. B. die Beipackzettel in Leichter Sprache und auch mit geeigneter Kenntlichmachung für Menschen mit Sehbehinderung gestalten. Ich kann mir vorstellen, dass sich Apotheken stärker auf dieses Gebiet wagen, obwohl diese beklagen, dass wir Ihnen (durch politische Entscheidungen) viele zusätzliche Aufgaben auf den Tisch legen. Trotzdem ist da die Frage: Service und Kontrolle der Medikamenteneinnahme durch die Beratungsfunktion, die Apotheken da haben, ist möglich. Da kommt das Thema Verblistering (Medikamente individuell für den Patienten erneut verpacken) mit ins Spiel, damit die Medikamenteneinnahme zu Hause auch für diese Menschen möglich ist.

Frau Mechthild Rawert, Abgeordnete der Bundestagsfraktion SPD:

Die Schaffung von Anreizsystemen für den niedergelassenen Bereich ist sehr gut. Ich glaube, dass dafür auf Bundesebene unter anderem die zusätzlichen Investitionskosten und die Finanzierungsfrage geklärt werden müssen. Bei Krankenhäusern werden die Investitionskosten von den Ländern gezahlt. Daher muss dies dezidiert auf Bundesebene geklärt werden. Außerdem sollten sich die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Strukturierung und Stabilisierung eines Anreizsystems, beispielsweise durch Zulassungsbeschränkungen, aktiv beteiligen.

Herr Dr. Harald Terpe, Abgeordneter der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen:

Ich würde zum Anreizsystem sagen, das kann nur ein erster Schritt sein. Das Ziel ist, dass wir bei flächendeckender Versorgung überall Barrierefreiheit herstellen. Das ist im ländlichen Raum wichtig, weil es oft nur eine Praxis gibt, in die alle hin müssen. Es ist dringend notwendig, da Barrierefreiheit herzustellen. In diesen Fällen wird ein Anreizsystem nur bedingt helfen. Es ist auch klar, das muss finanziert werden, es müssten dann zusätzliche Mittel bereitgestellt werden.

Ich greife noch eine Frage auf, die drehte sich um Pauschalierung von Sonderbedarfen und deren tatsächlicher Feststellung. Da gibt es eine Initiative von unserem behindertenpolitischen Sprecher, das Gewirr von Gesetzesregelungen, die auf Menschen mit Behinderung zutreffen, zu bündeln. Es ist oft so, dass man aus verschiedenen Gesetzen Anforderungen ableiten könnte, aber diese sind so undurchsichtig, dass man diese gesetzlich straffen müsste. Das ist auch ein Ansatz, um mit solchen Problemen besser fertig zu werden.

Frau Dr. Martina Bunge, Gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion DIE LINKE:

Es ist komisch, wenn es für eine Selbstverständlichkeit wie Barrierefreiheit Anreize geben muss. Aber Anreize sind immerhin besser, als der Bestrafungsmodus. Wir müssen damit aufhören, immer Belohnungen zu geben. Stattdessen sollten wir den wirklichen Aufwand unterstützen. Inklusion ist nicht zum Nulltarif zu machen, wenn es die entsprechenden unterstützenden Leistungen aus den speziellen Quellen gäbe, dann wäre es nicht das Problem, was es heute ist. Für die Übergangszeit müsste man sich mit einem Anreiz in der Vergütung helfen.

Ich wollte was sagen zu der Forderung: Hörbehinderte aus dem Versteck. Die Geräte werden immer kleiner, man sieht sie kaum. Das führt dazu, dass man sie bloß nicht zeigen will, man macht sich etwas vor. Damit hilft man den anderen nicht. Es ist für den Einzelnen immer ein schwerer Schritt in die Öffentlichkeit, aber ich würde es sehr befürworten, dass sich jeder outet.

FRAGERUNDE

Frau Inge Jefimov, Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Vorsitzende Landesverband Hamburg:

Kann man bitte für barrierefreie Toiletten in Krankenhäusern sorgen?

Ich habe letztes Jahr länger im Krankenhaus gelegen in einer großen Klinik in Hamburg. Im ganzen Haus gab es kein Zimmer mit barrierefreier Toilette, die für mich dringend erforderlich ist um diese alleine nutzen zu können. Ich musste klingeln und bis zu einer halben Stunde warten. Meine Bitte ist, dass man da Abhilfe schafft.

Herr Douglas Ross, Eltern für Integration e. V. Berlin:

Ich spreche auch für meinen Sohn, der in der Öffentlichkeit nicht redet, er vertritt den Verein Mensch zuerst, Netzwerk People first Deutschland. Wir sind persönlich auf ein schwerwiegendes Problem in der Gesundheitsversorgung gestoßen. Es gibt Menschen, die sind narkosepflichtig für Zahnbehandlungen, bis vor wenigen Wochen gab es in Berlin gar nicht die Möglichkeit, solche Behandlungen zu bekommen. Die Narkosebehandlungen sollten in ambulanten Zahnarztpraxen stattfinden. Das ist für manche Menschen mit Behinderung, einige Menschen, die schwer psychisch krank sind oder einige sehr alte Menschen nicht machbar. Die Narkoseärzte in ambulanten Praxen lehnen das ab. Man steht vor einer Situation, in der eine Zahnbehandlung einfach nicht möglich ist.

1. Frage: Es ist wohl eine Initiative unterwegs, dass diese Behandlungen im Krankenhaus möglich werden. Wegen der instabilen Situation dieser Patienten ist nach der Narkosebehandlung ein Aufenthalt im Krankenhaus nötig. Nur so kann für einige Menschen überhaupt eine Behandlung möglich werden. Wird dieses als Regel in der Gesundheitsversorgung flächendeckend in Deutschland eingeführt?
2. Frage: Wir wissen nicht genau, wie viele Menschen dieses Problem haben. Wird die Regierung oder der Gesundheitsausschuss eine Initiative ergreifen, um diese Zahlen zu erfassen?
3. Frage: Es gibt für stationär aufgenommene Menschen in Berlin keine Möglichkeit, dass Kosten von Zahnbehandlungen übernommen werden. Werden Sie das ändern?

Herr Holger Hase, Netzwerk Selbst Aktiv (Mecklenburg-Vorpommern):

Ich habe einen Vorschlag an die Regierungskoalition: Zweimal im Jahr treffen sich die Gesundheitsminister der Länder und des Bundes. Kann man da nicht den Vorschlag machen, den einstimmigen Beschluss zu fassen, dass nur noch barrierefreie Arztpraxen gefördert werden? Das geht am schnellsten. Da hat man den Bund und die Länder drin.

ANTWORTRUNDE

Herr Dr. Harald Terpe, Abgeordneter der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen:

Der richtige Vorschlag für schnelle Barrierefreiheit bei niedergelassenen Ärzten ist gerade aus Mecklenburg-Vorpommern gekommen, das ist etwas für die Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Das würde auch den Hamburger Verhältnissen helfen. Ich finde es auch einen Skandal, dass Hamburg ein Krankenhaus ohne barrierefreie Toiletten hat. Das ist mir unverständlich.

Das Thema Barrierefreiheit im Krankenhaus gehört ebenfalls in die Gesundheitsministerkonferenz. Ich glaube, dass für diese Investition nicht mal zusätzliches Geld bereitgestellt werden muss. Die Krankenhäuser haben Finanzmittel aus ihren Einnahmen. Ich denke hier geht es darum, dass die Kommunikation mit den Landesverantwortlichen geführt werden muss.

Frau Ingrid Fischbach, Abgeordnete der Bundestagsfraktion CDU/CSU:

Ein Satz zu den Krankenhäusern: Kein Krankenhaus wird ohne öffentliche Gelder gebaut, da muss Barrierefreiheit garantiert sein. Ansonsten müssen Förderungen teilweise wieder zurückgegeben werden.

Frau Dr. Sigrid Arnade, Journalistin und Geschäftsführerin der Interessenvertretung Selbst - bestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL):

Zu der zahnärztlichen Versorgung: Es gibt einen Antrag zur Einführung eines § 22a ins SGB V, ist das im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes passiert?

Frau Maria Michalk, Behindertenpolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion CDU/CSU:

Im Entwurf steht es noch nicht, wir haben in dieser Woche die erste Lesung, wir diskutieren das weiterhin. Wir hatten viele parlamentarische Abende, Fachveranstaltungen, vor allem initiiert von den Leistungserbringern, den Zahnärzten selbst und den Anästhesisten. Jetzt sind wir dabei das zu sortieren

und so zu regeln, dass, dort wo ambulante Behandlung möglich ist, aber auch ein Anästhesist gebraucht wird, dieser Mehraufwand finanziert wird. Einen Beschluss zu barrierefreien Praxen können wir für den ambulanten Bereich schlecht machen. Der Appell ist aber angekommen, auch durch die Selbstverwaltung. Man muss sehen, dass wir immer noch die Situation haben, dass viele Menschen froh sind, dass überhaupt ein Doktor kommt und nicht auf die Barrierefreiheit achten. Hier appelliere ich an die Kommunalpolitiker, die zum Teil die Arztpraxen den jungen Medizinern zur Verfügung stellen, die Barrierefreiheit zu sichern. Aber nicht als Ultimatum, entweder du bist barrierefrei oder du darfst nicht aufmachen, weil die Kassenzulassung eines



**Die Bundestags-
abgeordneten
Dietrich Monstadt,
Maria Michalk, der
Beauftragte der
Bundesregierung für
die Belange behinderter
Menschen,
Hubert Hüppe,
Dr. Sigrid Arnade
(Journalistin und
Geschäftsführerin der
Interessenvertretung
Selbstbestimmt
Leben in Deutschland e. V.),
Mechthild Rawert,
Maria Klein-
Schmeink,
Dr. Martina Bunge**

niedergelassenen Arztes davon zu trennen ist. Andererseits achten auch die Krankenversicherungen darauf, dass sie das als Symbiose verstehen und es als Selbstverpflichtung für die Zukunft aufnehmen.

Frau Mechthild Rawert, Abgeordnete der Bundestagsfraktion SPD:

Ich denke, es wäre schön, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen das Kriterium der Barrierefreiheit aufnehmen. Ich bin nicht der Meinung, dass man da als Gesetzgeber gar nichts festhalten kann. Dann wäre dazu ein Vorschlag, dass es beim Abbau der Überversorgung ein Kriterium sein könnte. Am ehesten sollten dann nicht-barrierefreie Praxen abgebaut werden.

Frau Dr. Martina Bunge, Gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion DIE LINKE:

Ich halte es für ziemlich problematisch, dass wir hier so eine Schwierigkeit sehen, so eine einfache Forderung wie Barrierefreiheit umzusetzen. Bei den Krankenhäusern sind die Länder zuständig, in Praxen müssen die Ärzte und Ärztinnen selber investieren. Das kann man als Zulassungskriterium nehmen. Letztlich denke ich, ist Teilhabe eine gesellschaftliche Verpflichtung. Wir bräuchten ein Teilhabesicherungsgesetz, in dem diese Mehrbedarfe finanziert werden, denn dann hätten wir nicht immer die Schlacht der Zuständigkeiten. Wir probieren hier dafür eine Lösung zu finden und ich finde die gesamte Gesellschaft ist dafür zuständig.

Herr Hubert Hüppe, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen:

Ich darf mich jetzt erst einmal bei allen Politikerinnen und Politikern bedanken, dass Sie hier waren. Es kann auch sehr inspirierend sein, wenn ein Politiker nicht immer über jedes Problem Bescheid weiß, gerade dort können Sie dann ansetzen und die neuen Erkenntnisse mit in ihre Fraktionen tragen, um die vielschichtigen Probleme von Menschen mit Behinderungen zu lösen. Ich bedanke mich bei den Politikerinnen und Politikern, auch bei denen, die noch dableiben.

Diskussionsrunde zum Thema 3 : „Hilfsmittelversorgung“

Frau Dr. Sigrid Arnade, Journalistin und Geschäftsführerin der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL):

Wie wir das bei den anderen Themen auch schon hatten, werde ich erst versuchen, die Ergebnisse der Tagung zum Thema Hilfsmittelversorgung zusammenzufassen:

A. Probleme

- keine bedarfsgerechte Versorgung (z. T. Fehlversorgung), sondern viele Versorgungslücken, vor allem im privaten Bereich, besonders für bestimmte Personengruppen wie MigrantInnen, nicht berufstätige behinderte Menschen, behinderte Menschen in Einrichtungen, Menschen mit niedrigem Bildungsniveau, Eltern mit Behinderung
- schlechte Versorgung, auch durch Festbeträge und Ausschreibungen
- unklare Zuständigkeiten
- Informationsdefizite, schlechte Beratung
- Hörgeräteverordnung schwer verständlich, nicht anwendungsfreundlich

B. Handlungsbedarfe

- Betroffene einbeziehen
- Individuelle, altersunabhängige Versorgung sicherstellen
- unabhängige Beratung inkl. Peerberatung
- bessere barrierefreie Informationen (u. a. 2-Sinne-Prinzip)
- interdisziplinäre Zusammenarbeit inkl. Selbsthilfe
- Transparenz und Kontrolle
- Aus-/Fort-/Weiterbildungen für alle Beteiligten, auch durch Betroffene
- Qualitätskriterien erarbeiten und festschreiben
- Kompetenzzentren einrichten und vernetzen
- Inkontinenzversorgung nicht zentral, sondern wohnortnah gewährleisten
- Notdienst bei Sanitätshäusern einrichten
- Brandschutz auf behinderte Menschen ausrichten (2-Sinne-Prinzip)
- Regelungen für Trainings mit Hilfsmitteln treffen
- Hilfsmittel auch für Freizeitgestaltung/Sport finanzieren
- einheitliche Richtlinien für FührungstrainerInnen
- Versorgungs- und Anwendungsforschung intensivieren

C. Legislativer Handlungsbedarf

- SGB IX mit Sanktionsmöglichkeiten versehen
- Patientenvertretungen stärken (Stimmrechte für Verfahrensfragen geben)

Stellungnahmen der Abgeordneten

Frau Maria Klein-Schmeink, Abgeordnete der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen:

Danke für die Einladung und Entschuldigung, dass ich heute Vormittag nicht da sein konnte, ich war beim Gesundheitsausschuss und dort war das Thema Prävention auf der Tagesordnung und das wiederum ist eines, was ich betreue, von daher musste ich dort anwesend sein. Ich habe das auch sehr bedauert, weil mir gerade die psychische Versorgung sehr wichtig ist und ich dieses Thema auch sehr detailliert bearbeite. Infolgedessen habe ich festgestellt, dass gerade der Personenkreis mit Behinderun-

gen häufig von Depressionen betroffen ist und dort keine gute Versorgung herrscht, es gibt nur wenige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner. Wir haben dort aber etliche Initiativen vor, z. B. im November eine Veranstaltung zur UN-Konventionen und der Frage, was das für die Zwangsbehandlung bedeutet.

Zur Hilfsmittelversorgung muss ich sagen, das ist für mich ein Bereich, der, als ich in den Bundestag kam vor 2 Jahren, sehr ungeordnet war. Ich kenne das auch von der lokalen Ebene, auch im Landtag Nordrhein-Westfalen habe ich viele Anschreiben gesehen, in denen es hieß, wohnortnahe Versorgung sei nicht möglich oder aber Anträge scheiterten an der Schnittstellenproblematik. Ich habe den Eindruck, die Heil- und Hilfsmittelversorgung ist für Menschen mit Behinderung ein schwieriges Feld, in welchem die schlechte Organisation unserer gesundheitlichen Versorgung sehr deutlich wird. Was mir beispielsweise begegnet ist: Bei dem neuen Verfahren der Ausschreibungen von Dienstleistern gab es gerade bei den Inkontinenzmitteln Probleme. Bisher ist nur ein Teil dieser Probleme beseitigt. Die wohnortnahe Versorgung, Beratung und individuelle Betreuung ist bisher nicht gewährleistet. Wir müssen hin zu einer integrierten Versorgung, da spielen Sanitätshäuser, Ärzte etc. eine Rolle. Ich wünsche mir etwas wie zusammengefasste Budgets. Momentan erlebt jeder Betroffene noch ein Chaos, er muss zu verschiedenen Stellen rennen, er ist mit verschiedenen Richtlinien konfrontiert, mit verschiedenen Zahlungsregelungen usw. Ein weiteres, wichtiges Problem sind die Zuzahlungen an und für sich, sowie das System der Festbeträge. Wir meinen, dass dieser Bereich im Zuge der Bürgerversicherung wegfallen muss. Bei den Hilfsmitteln, die mit 5,5 Milliarden bei der gesetzlichen Krankenversicherung zu Buche schlagen, dann letztlich 30 % dieser Ausgaben von nur 0,14 % aller Versicherten als Zuzahlung gezahlt werden müssen, dann heißt das, eine Gruppe von Menschen mit Behinderung und chronisch erkrankten Menschen muss den größten Teil dieser Zuzahlung im Hilfsmittelbereich leisten, davon müssen wir weg. Das wollen wir mit der Bürgerversicherung schaffen. Insgesamt müssen wir eine Vereinfachung hinkriegen, mehr Rechte für die Betroffenen, außerdem eine schnellere Bewilligung bzw. wenn etwas länger liegt, gilt es als genehmigt. Das möchten wir als Regelung in das Patientenrechtegesetz übernehmen. Im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung brauchen wir ein Umdenken. Ich wünsche mir, dass das in den nächsten Jahren vorangeht, denkbar wäre beispielsweise ein Aktionsprogramm für eine verbesserte Gesundheit für Menschen mit Behinderung.

Frau Maria Michalk, Behindertenpolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion:

Ich bin nicht der Meinung, dass wir eine schlechte gesundheitliche Versorgung in diesem Land haben. Unser Gesundheitswesen einschließlich der Heil- und Hilfsmittelversorgung ist weltweit betrachtet auf einem hohen qualitativen Stand. Im Einzelfall ist manchmal in einigen Regionen große Kritik angebracht. Die Gesundheit ist ein sehr hohes Gut, aber nicht unser höchstes, denn dann würde sofort das Gesundheitswesen zusammenbrechen. Dann müsste jeder Euro in das Gesundheitswesen investiert werden. Die Gesundheit ist aber ein hohes Gut, daher benötigt dieser Bereich auch eine ausreichende Finanzierung. In den Heil- und Hilfsmittelbereich muss Ordnung reingebracht werden, dass man sagt, wir müssen zu Festbetragsregelungen, zu mehr Wettbewerb in diesem Bereich kommen. Dass am Anfang komische Gepflogenheiten rauskamen und eigenwillige Konstruktionen in der Versorgung zutage traten, das haben wir oft erlebt und kritisiert. Eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung ist möglich - gleichwohl bundesweite Ausschreibungen stattfinden - aber der Leistungserbringer muss das organisieren, im Bedarfsfall muss sofort Hilfe da sein. Es gibt rein theoretisch eine Art Notversorgung im Heil- und Hilfsmittelbereich, diese funktioniert nicht immer in der Praxis. Aber ich betone: Wir haben Versorgungssicherheit und den Versorgungsauftrag an dieser Stelle der Selbstverwaltung übergeben, wir haben die Rahmenbedingungen dafür geschaffen und beobachten jetzt wie das unterm Strich dann erfolgt und wie die Sicherheit gegeben ist. Bei Versorgungsschwierigkeiten liegt es auch an der Gewöhnungspraxis und dem Tarif der Kassen. Hier muss man fragen, wie ist das beim Leistungserbringer geregelt, aber von den Rahmenbedingungen her ist es klar festgelegt.

Frau Dr. Martina Bunge, Gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion DIE LINKE:

Ich habe mir berichten lassen, dass es einen Workshop zum Thema Hörgeräteversorgung gab. Das Bundessozialgericht hat ein Urteil gefällt, nach dem Hörgeräte auch über den Festbetrag erstattet werden müssen, wenn sie sich als besser erweisen, dann ist es egal, ob sie teurer sind. Die umfassende Versorgung müsste eigentlich Maßstab sein, Wirtschaftlichkeit ist wichtig, steht aber nur an 2. Stelle, finde ich. Gerade weil Gesundheit so ein hohes Gut ist, passen für uns Wettbewerb und Gesundheit nicht zusammen. Die Inkontinenzversorgung - unter anderem - war mal ein Stück besser und individueller. Durch die Ausschreibungen hat sich die Situation in der Inkontinenzversorgung verschlechtert. Zum Glück sind die größten Auswüchse vorbei, es kam vor, dass in die Privatsphäre entwürdigend eingegriffen wurde, so wurde beispielsweise eine Riesenlieferung Windeln beim Nachbarn abgegeben. Ich kann mich Frau Klein-Schmeink nur anschließen, man muss nachdenken, wie man mehr Geld ins System bekommt und dies dann gerechter verteilt. Die Bürgerinnen- und Bürgerversicherung ist auch eine vorgeschlagene Lösung, wir gehen sie konsequent an, wir haben ausrechnen lassen, wenn alle einbezogen werden mit allen Einkommen, zum Beispiel auch Kapital- oder Mieteinkünfte, dann wäre eine Entlastung der unteren 60 % möglich und die Belastung wäre dann bei den höheren Einkommen aller Art. Da sieht man, dass wir auch hier ein Gerechtigkeitsproblem haben, was an der Verteilung der Belastungen hängt, das ist auch der Hinderungsgrund, unseres Erachtens, dass die Bürgerinnen- und Bürgerversicherung, die 84 % der Menschen gut finden, sich so schwer politisch durchsetzt. Aber wir hoffen auf bessere Zeiten. Ein Teilhabesicherungsgesetz ist dringend nötig.

Frau Mechthild Rawert, Abgeordnete der Bundestagsfraktion SPD:

Ich fordere, dass der Behandlungsbedarf für Menschen mit Behinderung abgebildet sein muss. Die Forderung wurde erhoben für die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, diese sollten in qualitativ hochwertiger Form ohne Aufzählung durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattet werden. Wir werden nicht über die Pflege reden, aber ich halte viel von Pflegestützpunkten, inwieweit man das noch ausbauen kann zu Beratungs- und Kompetenzzentren, das ist auch für den Bereich der Heil- und Hilfsmittel nötig. Dann kurz eine Replik zu den Zusammenhängen der medizinischen Versorgungszentren. Die Versorgungszentren werden aus meiner Sicht und aus Sicht der SPD-Bundestagsfraktion in keinsten Weise ausreichend gefördert und forciert. Also bedarf es eines massiven Ausbaus und nicht ihrer Regulierung. Ansonsten ist es so, dass das Thema Wettbewerb nicht nur hier eine Fragestellung ist. Meiner Meinung nach darf Wettbewerb da sein, solange Gesundheit nach wie vor als qualitativer Bestandteil einer Daseinsvorsorge finanziert wird.

FRAGERUNDE**Herr Werner Förster, Angeborene-Bindegewebs-Erkrankungen e. V.:**

Meine Frage an die Vertreter der Regierung ist: Warum werden teure Hilfsmittel, die noch voll funktionstüchtig sind, nicht zurückgenommen, sondern sollen im Müll entsorgt werden?

Frau Inge Jefimov, Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Vorsitzende Landesverband Hamburg:

Warum werden Hilfsmittel abgelehnt? Ich hatte einen alten Rollstuhl, der neue wurde 3-mal abgelehnt und erst beim vierten Mal wurde mir mein neuer Rollstuhl bewilligt. Ich frage die Regierung, woran das liegt?

Frau Renate Welter, Deutscher Schwerhörigenbund e. V.:

Das Bundessozialgerichtsurteil ist eine erfreuliche Sache, wir können nun also auch Hilfsmittel über den Festbetrag hinaus bekommen. Im Workshop sagte Prof. Will, § 31 SGB IX, § 33 SGB V, wenn Versicherte Hilfsmittel wählen, die über Maß des Nötigen gehen, haben die Versicherten selbst die Mehr-

und Folgekosten zu tragen. Die Krankenkassen und die Akustiker haben sich da eine Mehrkostenregelung bzw. ein Formular ausgedacht, nach dem jeder Versicherte, der ein Hörgerät bekommt, das über dem Festbetrag liegt, die Mehrkosten selber tragen muss. Wir haben den Versicherten empfohlen, das nicht zu unterschreiben. Eine Folge davon ist, dass der Akustiker den Festbetrag dann nicht abrechnen kann. Im schlimmsten Fall nimmt der Akustiker das Hilfsmittel wieder weg. Die Problematik der Intransparenz wird hier auf dem Rücken der Betroffenen ausgetragen. Gibt es eine Möglichkeit, diese Zwangsvorschrift zu unterbinden? Zumindest so lange, bis sicher ist, was das Hörgerät ausmacht und was über das Notwendige hinaus geht? Meine nächste Frage zur Patientenbeteiligung: Wir haben die Möglichkeit, im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über Hilfsmittel, Richtlinien und zum Thema Festbeträge mitzureden. Wir haben aber keine Möglichkeit, einzugreifen, wenn über Verträge zwischen den Kassen und den Akustikern verhandelt wird; das betrifft beispielsweise die Mehrkostenregelung (nach § 127 SGB V). An die Regierung geht nun die Frage, wollen Sie bei den neuen Gesetzen dafür sorgen, dass wir dazu angehört werden, wenn solche wichtigen Dinge in Verträgen festgelegt werden?

Herr Bert Bohla, Verein Lichtblicke e. V. – Verein zur Förderung des Blindenführhundewesens:

Der Blindenführhund ist das einzige lebende Hilfsmittel, die Anpassung ist da wesentlich, das ist ein Vertrauensverhältnis, das immer passen muss. Es stört dabei, dass die Wirtschaftlichkeit immer im Vordergrund stehen soll. Das Leben von blinden Menschen hängt da dran. Es gibt in diesem Bereich bisher keine Standards, kaum Qualitätssicherung. Wie kann man da eine Präqualifizierung vornehmen? Die Krankenkassen achten nur auf die Wirtschaftlichkeit. Sie sagen, hier haben wir eine Führhundscheule, die hat einen niedrigen Preis, aber - wie kann sichergestellt werden, dass das Vertrauensverhältnis, das der Versicherte braucht, das dies gewährleistet wird und dass nicht die Qualität auf der Strecke bleibt? Wir fordern hier Wahlrecht der Betroffenen, dass man sich die Führhundscheule selber aussuchen kann. Die Frage an die regierenden Parteien ist also: Wie kann man dafür sorgen, dass da die Qualität nicht zugunsten der Wirtschaftlichkeit auf der Strecke bleibt und in diesem Fall speziell auch Leben gefährdet werden?

Herr Roger Sturm, Stiftung Gesundheit inklusive der Arzt Auskunft:

Wir haben 2009 mit dem BMAS und dem Bundeskompetenzzentrum für Barrierefreiheit ein Projekt gemacht zur barrierefreien Praxis. Im ambulanten Bereich gibt es bei 68.000 Ärzten eine Art Barrierefreiheit. Diese Informationen basieren allerdings auf Selbstauskünften und sind nicht fehlerfrei. Die Ansprüche im Gesundheitswesen sind unbegrenzt, die Mittel sind knapp. Ich stelle trotzdem die Frage an Frau Michalk: Ist es vorstellbar, dass trotz Schwierigkeiten der Finanzierung im Gesundheitssystem eine Validierung der Informationen zur Barrierefreiheit möglich ist, dass beispielsweise Betroffene selber die damals erhobenen Daten zur Barrierefreiheit überprüfen?

ANTWORTRUNDE

Frau Maria Michalk, Behindertenpolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion:

Wir fragen uns auch, warum gebrauchte Hilfsmittel nicht zurückgenommen werden können. Die Antwort sind unter anderem hygienische Bedenken, in diesen Fällen ist es uneffektiv, das zurückzunehmen. Aber es gibt auch wiederverwendbare Hilfsmittel. Wir müssen das mit den gesetzlichen Krankenkassen diskutieren. Zur nächsten Frage: Warum werden Hilfsmittel abgelehnt, wie ein Rollstuhl nach 7 Jahren. Wir haben ja die Selbstverwaltung, die haben die Behandlungs-, und Versorgungsleitlinien festgelegt und die Krankenkassen haben sich danach zu richten. Es wird einmal möglich sein, nach 3-4 Jahren einen neuen Rollstuhl zu bekommen, ein anderer braucht länger, das sind Einzelfallproblematiken. Wenn das nach einem begründeten Bescheid 3x abgelehnt wird, verstehe ich das nicht, da würde mich die Begründung der Ablehnung interessieren. Es gab die Frage mit dem § 33 SGB V, warum die Mehrkostenregelung für Heil- und Hilfsmittel nicht übernommen wird. Die nötige medizinische Versorgung

ist in Leitlinien festgelegt, davon hängt ab, wie sich die Kostenkonstellation gestaltet. Wir haben dieses Prozedere bei Medikamenten, aber auch bei Hilfsmitteln; wenn der Mehrbedarf ärztlicherseits gegeben ist, kann die Krankenkasse das auch mit Begründung übernehmen. Es ist uns bewusst und bekannt, dass man da gelegentlich auch mal Verschiebebahnhof macht. Deshalb bin ich sehr dafür, dass man seine Rechte kennt und Beratung flächendeckend möglich ist. Die andere Frage von Frau Welter, Sie fragten, wie das mit der Vertragsgestaltung zwischen Hilfsmittelerbringern und Krankenkassen ist, wieso Sie nicht in den Vertrag einsteigen können. Sie haben im Rahmen des Gemeinsamen Bundesausschusses ein Mitspracherecht. Wir wissen, das ist ein komplexes Gremium. Im Versorgungsgesetz strukturieren wir gerade um. Bei einer Vertragsgestaltung nach finanziellen Gesichtspunkten muss man allerdings akzeptieren, dass Leistungserbringer und -nehmer einen Vertrag machen, in dem man als dritte Partei nicht dabei sein kann. Wenn wir bestimmte Vertragsgestaltungen nicht hinkriegen, gibt es auch Schlichter, diese müssen unabhängig sein. Das wäre in der Phase, wenn es zum Vertrag kommt, ordnungspolitisch nicht akzeptabel. Ich glaube nicht, dass sich da was ändert. Die Frage zur Führhundscheule, warum Versicherte die Schule nicht selbst auswählen können. Da glaube ich auch, dass das Mitspracherecht des Patienten stärker Einfluss nehmen muss, ich nehme das als Forderung mit. Nun zur Stiftung Gesundheit, danke dass Sie sich dieser Aufgabe stellen. 68.000 von 220.000 Ärzten sind nach ihrer Aussage barrierefrei, danke für diese Information. Die Finanzierung für die Validierung, das ist ein weiterer Punkt, den ich mitnehme. Das steht bereits im Versorgungsstrukturgesetz, wir müssen die Versorgungsforschung stärker ausbauen. Da ist für unsere Begriffe bisher nicht genug getan worden, wir brauchen verlässliche Daten. Ich kann mir vorstellen, dass ihre Aktivitäten da eine Rolle spielen werden.

Frau Maria Klein-Schmeink, Abgeordnete der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen:

Was das Problem der Mehrkosten und Mehrbedarfe angeht, ist das Hörgeräteurteil im Grunde ein sehr gutes Urteil. Allerdings sind die Konsequenzen daraus noch nicht durchdekliniert. Das muss vorangebracht werden, es ist heute nicht mehr zulässig zu sagen, ich ziehe mich auf einen Festbetrag zurück. Es muss vielmehr heißen, jeder hat Anspruch auf das Produkt, welches den Nachteilsausgleich herstellt. Das ist aber nirgends umgesetzt worden. Ich wünsche mir, dass die Verbände da noch mehr Druck machen. Es wird im Ministerium diskutiert, ob man zu einer Festzuschussregelung kommt. Das bedeutet aber auch, dass ihnen der Rest der Kosten dann wieder auf die Füße fällt. Es muss aus diesem Urteil letztlich ein Anspruch erwachsen, dass man nicht nur auf ein wirtschaftliches, sondern auf ein wirksames, individuelles Hilfsmittel Anspruch hat. Das wird Veränderung bedeuten, auch Kostensteigerungen, aber das muss man umsetzen, wenn man die UN-Konvention ernst nimmt. Wir haben im Hörgerätebereich eine klare Wettbewerbsorientierung um die Kosten und nicht um die Qualität. Wir müssen in diesem Bereich zu neuen Regelungen kommen. Die letzten Jahre brachten eher eine Fehlentwicklung. Es dürfte nicht nur das Präqualifizierungsverfahren geben, bei dem nicht klar ist, mit welchen Qualitäten das für die Leistungserbringung verbunden ist, dieser Schritt fehlt. Das ist das nächste, was angegangen werden muss, zusammen mit einem anderen Versorgungskonzept. Die Versorgung muss sichergestellt sein, dass ich schnell Ersatz bekomme, wenn was nicht funktioniert, dass jemand nach Hause kommt und ich nicht im Call-Center hängen bleibe. Das habe ich aus vielen Rückmeldungen gehört. Wir müssen da zu einer anderen Organisation kommen und dann kann es auch preiswerter werden, weil wir momentan noch eine Fehlversorgung haben. Viele Geräte sind zu teuer, weil das kein gut erforschter Bereich ist. An dieser Stelle zahlen die Kassen dann zu viel für ein Gerät. Viele Hersteller sind nicht wirklich einem Qualitätsmerkmal oder einer Prüfung unterworfen. An dieser Stelle brauchen wir so was wie den TÜV. Das müssen wir voranbringen, die Zahl der Personen, die von so was abhängig ist, wird immer größer. Das muss man an das Leben anpassen, auch von der Praktikabilität her, da müssen wir Umdenken lernen, das ist eine der großen Herausforderungen.

Rede von Herrn Thomas Ilka, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit

Sehr geehrter Herr Behindertenbeauftragter Hüppe,
sehr verehrte Frau Dr. Arnade,
sehr geehrte Mitglieder des Bundestages
meine sehr verehrten Damen und Herren,

Sie haben erreicht, dass Ihre Abschlussveranstaltung im Marie-Elisabeth-Lüders-Haus stattfindet. Das ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer inklusiven Gesellschaft, wie die UN-Behindertenrechtskonvention sie sich zum Ziel gesetzt hat. Ich freue mich mit Ihnen, dass dies gelungen ist. So können Sie Ihre Anliegen direkt in die Politik hineinbringen.

Das Leben mit einer Behinderung ist eine Herausforderung, der sich alle Betroffenen stellen müssen. Das ist nicht immer leicht. Sich darüber hinaus auch noch aktiv für die Belange von Menschen mit Behinderungen einzusetzen, verdient daher unser aller Respekt. Ich möchte Sie ermutigen, auch weiterhin so engagiert in alle Richtungen zu agieren. Zeigen Sie uns, wo wir noch besser werden können!

Das gemeinsame Leben und die konstruktive Auseinandersetzung mit Menschen mit Behinderung kann eine Bereicherung für alle sein, die daran beteiligt sind. Vor etwas mehr als einem Jahr hat der Behindertenbeauftragte, Herr Hüppe, einen Diskurs zum Thema "Gesundheit für Menschen mit Behinderung" begonnen, und das BMG hat sich an allen Veranstaltungen gern und engagiert beteiligt.

In der Tagungsreihe wurde nicht nur über, sondern vor allem mit Betroffenen diskutiert. Es ging um "Menschen mit psychischen Erkrankungen", um die "Patientenversorgung", die "Versorgung mit Hilfsmitteln" sowie die "Problematik zwischen Arznei- und Heilmittelversorgung und ärztlichen Verordnungen".

Die Parlamentarische Staatssekretärin Widmann-Mauz war ebenso bei Ihnen wie Bundesminister Daniel Bahr – damals noch Parlamentarischer Staatssekretär. Und, dass die Parlamentarische Staatssekretärin Flach sich auf ein schriftliches Grußwort beschränken musste, lag daran, dass eigentlich mein Vorgänger, Staatssekretär Kapferer kommen wollte, aber leider am Tage Ihrer Veranstaltung nicht mehr Staatssekretär war. Doch, wie heißt es so schön: Was des einen Leid ist des anderen Freud. Herr Kapferer konnte nicht mehr zu Ihnen kommen, dafür stehe ich heute vor Ihnen. Darüber freue ich mich, denn das Thema "Behinderung" und die Auseinandersetzung damit ist uns wichtig.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

man kann gar nicht oft genug betonen, dass das Ziel unserer Bemühungen nicht Integration sondern Inklusion ist. Was heißt das? Inklusion bedeutet, Menschen mit Behinderungen in unsere Gesellschaft einzuschließen. Ein solches Bild setzt aber voraus, dass sie vorher ausgeschlossen waren. Und das ist eigentlich das, was verhindert werden muss. Menschen mit Behinderungen dürfen gar nicht erst ausgeschlossen werden. Ihre gesellschaftliche Teilhabe muss von Beginn an gesichert sein.

Inklusion ist daher eine Aufgabe, der wir uns alle stellen müssen, jeder in seiner Zuständigkeit. Da war und ist es für uns sehr hilfreich, dass der Behindertenbeauftragte eine ganze Veranstaltungsreihe zum Thema "Gesundheit" gemacht hat. "Teilhabe braucht Gesundheit" hat er sie überschrieben, und das weist uns, dem Bundesgesundheitsministerium, unseren Platz zu.

Seit 2006 gibt es die UN-Behindertenrechtskonvention, seit 2009 ist sie in Deutschland geltendes Recht, die Bundesregierung hat hierzu einen Nationalen Aktionsplan erarbeitet, und erst kürzlich – im August – hat das Bundeskabinett den ersten Staatenbericht hierzu verabschiedet.

Dies alles sind weitere Belege dafür, dass wir es ernst meinen mit der Inklusion.

Auch im SGB V, dem Sozialgesetzbuch für die gesetzliche Krankenversicherung, gibt es einen eigenen Paragraphen zu diesem Thema, den Paragraphen 2a. Dort heißt es knapp und präzise: Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen. Auch das ist Inklusion.

Und ich weiß, meine Damen und Herren, dass es nicht reicht, knappe und präzise Aussagen in Gesetze zu schreiben. Ich weiß, dass es darum geht, diese mit Leben zu erfüllen. Wie tragen wir also den Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen im Gesundheitssystem Rechnung?

Wir können nicht zaubern, auch wenn wir uns das manchmal wünschen würden. Und die meisten Dinge im Leben ändern sich nicht, nur weil wir wollen, dass sie sich ändern.

Aber - und da stimmen Sie mir sicher zu - es ist nicht der schlechteste Einstieg, wenn man mit dem Wollen beginnt. Und wenn der Wille da ist, dann muss man die Wege finden. Und das geht nur Schritt für Schritt. Das ist manchmal frustrierend, nicht nur für Sie, sondern auch für uns, die wir näher an den Schaltstellen sitzen. Auch wir wünschen uns oft, alles würde schneller und reibungsloser gehen. Die Gestaltung des Gesundheitssystems ist wie das Jonglieren mit vielen, vielen Bällen, die alle in der Luft gehalten werden wollen. Da braucht man eine gute Körperbeherrschung, schnelle Reaktionsfähigkeit und einen guten Stand, der nicht von Hindernissen gefährdet sein darf.

Und damit sind wir bei einem Thema, dass immer wieder angemahnt wird: Der barrierefreie Zugang zur Versorgung. Was nützt der beste Arzt oder die beste Ärztin, wenn die Praxen nicht erreichbar sind. Es kann nicht sein, dass bis zu 10 % der deutschen Bevölkerung - und so viele behinderte Menschen gibt es bei uns - ihre medizinische Betreuung danach auswählen müssen, ob sie die entsprechenden Behandlungsräume auch erreichen können. In Brandenburg hat eine Untersuchung ergeben, dass nur 20 % der Arztpraxen barrierefrei zu erreichen sind. Das ist zu wenig und muss sich ändern!

Daher haben BMG und BMAS sich gemeinsam mit der Ärzteschaft verpflichtet, kurzfristig Maßnahmen zu erarbeiten, um für mehr barrierefreie Arztpraxen zu sorgen. Die Maßnahmen sollen im nächsten Jahr umgesetzt werden und sind auf 10 Jahre angelegt. Unter anderem sollen zum Beispiel Leitfäden für Arztpraxen und Krankenhäuser erarbeitet werden, die diesen helfen, Barrierefreiheit umzusetzen.

Bereits jetzt gibt es Suchfunktionen im Internet, die bei der Suche nach barrierefreien Praxen helfen, so dass auch hier niemand mehr allein gelassen wird. Aber es wäre natürlich besser, wenn wir solche Datenbanken nicht brauchten, meine Damen und Herren.

Ein weiterer Punkt, der angemahnt wird, betrifft den Zugang zur privaten Krankenversicherung. Seit dem 1. Januar 2009 können sich alle, also auch Menschen mit Behinderungen, die dem Personenkreis der privat zu Versichernden zuzurechnen sind, zum sogenannten Basistarif privat versichern. Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge sind in diesem Tarif nicht zulässig. Die Leistungen entsprechen denen der gesetzlichen Krankenversicherung, und es gibt eine Obergrenze für den Versicherungsbeitrag.

Aber wir müssen auch fragen: Was nützen Privatversicherung bzw. barrierefreie Praxen, wenn sie für eine Behandlung erst 50 Kilometer fahren müssen, und zwar nicht, weil dort die nächste barrierefreie Praxis ist, sondern weil dort überhaupt die nächste Haus- oder Facharztpraxis ist?

Das Gesundheitssystem in Deutschland steht vor einem gravierenden Problem, das mit demographischem Wandel überschrieben werden kann. Dahinter verbirgt sich die folgende Entwicklung: Die Menschen werden immer älter. Das finden wir alle gut, besonders natürlich für uns selbst. Für das Gesundheitssystem bedeutet dies eine längere Zeit, in der Leistungen in Anspruch genommen werden können.

Es bedeutet aber schlicht und einfach auch, dass der Anteil der älteren Patientinnen und Patienten, die in Praxen, Krankenhäusern oder in Reha-Einrichtungen behandelt und betreut werden müssen, im Vergleich zu heute zunimmt.

Nachdem wir zunächst die Finanzen im Gesundheitssystem in Ordnung bringen mussten, haben wir jetzt mit dem Versorgungstrukturgesetz Vorschläge vorgelegt, wie die Versorgungssituation in Deutschland flächendeckend bedarfsgerecht, wohnortnah und so unbürokratisch wie möglich erhalten bleibt.

Was heißt bedarfsgerecht?

Bedarfsgerecht heißt für uns, dass wir

die Ermittlung des Ärztebedarfs neu regeln. Bislang orientierte sich dieser an Erhebungen der 90er Jahre. Eine sicherlich nicht mehr zeitgerechte Maßgabe. Mit dem Versorgungstrukturgesetz wollen wir die Bedarfsplanung den Realitäten entsprechend weiterentwickeln. Zukünftig wird z. B. gesetzlich vorgegeben, die Altersstruktur einer Region zu berücksichtigen. Die Planungsbereiche müssen nicht mehr den Stadt- und Landkreisen entsprechen. Erstmals werden auch die Länder als Partner bei der Bedarfsplanung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit einbezogen. Sie erhalten ein Mitberatungsrecht. In den Landesausschüssen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen gebildet werden, erhalten die Länder ebenfalls ein Mitberatungsrecht, und die Aufsichtskompetenzen werden gestärkt. Damit können z. B. die Interessen von Menschen mit Behinderungen über die Beteiligung der Länder in die Bedarfsplanung mit einfließen.

Bedarfsgerecht heißt aber auch, dass neue und innovative Behandlungsmethoden schneller bei Patientinnen und Patienten ankommen. Dabei denken wir insbesondere an Menschen mit einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung.

Der Beleg des Nutzens für Patientinnen und Patienten ist ein zentrales Kriterium für die breite Anwendung neuer Methoden. Im Entwurf des Versorgungstrukturgesetzes ist eine Erprobungsregelung vorgesehen. Wir möchten die Rahmenbedingungen weiter verbessern, so dass die Einführung innovativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unterstützt wird. Die Sicherheit von Patienten und Patientinnen haben wir natürlich dabei fest im Blick.

Mit dem Versorgungstrukturgesetz erhält der G-BA ein Instrument an die Hand, um die wissenschaftliche Erprobung innovativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden selbst zu initiieren. Anbieter innovativer Methoden können zudem die Erprobung beim G-BA beantragen. Sie werden an der Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung beteiligt. Somit können neue vielversprechende Behandlungsmethoden gezielt auf ihren Nutzen hin überprüft werden, ohne



Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, Thomas Ilka, der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Hubert Hüppe, und Dr. Sigrid Arnade (Journalistin und Geschäftsführerin der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V.) (von links)

sie der Patientenversorgung vorzuenthalten. Auf dieser tragfähigen Grundlage kann dann mit den Ergebnissen der Erprobung eine fundierte Entscheidung über die allgemeine Anerkennung einer neuen Methode als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung getroffen werden.

Die Versorgung muss wohnortnah stattfinden. Lange Anfahrten zum Arzt darf es nicht geben. Daher setzen wir mit dem Versorgungsstrukturgesetz eine Reihe von Anreizen, um junge Ärztinnen und Ärzte in die Fläche zu holen:

- Aufhebung der Residenzpflicht: Hier wollen wir die Vorteile des Wohnens in der Stadt mit Anreizen für ländliche Tätigkeit verbinden.
- Familiäre Erleichterungen: Hier wird z. B. die Dauer einer Vertretung im Zusammenhang mit einer Entbindung von sechs auf zwölf Monate erhöht. Entlastungsassistentinnen können bis zu drei Jahren eingestellt werden, damit auch Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit erhalten, ihre Kinder in den ersten Lebensjahren intensiv zu begleiten.
- Strukturfonds der KVen: Hier sind z. B. Stipendien an Medizinstudierende und die Förderung von Neuniederlassungen vorstellbar.
- Delegation ärztlicher Leistungen: Die Partner der Bundesmantelverträge sollen in sechs Monaten eine beispielhafte Liste für die ambulante Versorgung erarbeiten. Sie sollen Vorschläge machen, welche Leistungen an andere Berufsgruppen delegiert werden können.

Darüber hinaus wollen wir das Ineinandergreifen von ambulanter und stationärer Versorgung weiter verbessern, indem wir stufenweise eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung für Krankheiten mit besonderen Verläufen, seltene Erkrankungen, hochspezialisierte Leistungen sowie bestimmte ambulante Operationen aufbauen. Sowohl Niedergelassene als auch Krankenhäuser können spezialfachärztliche Leistungen erbringen, wenn sie die dafür jeweils maßgeblichen Kriterien erfüllen. Entscheidend sind dabei die Qualifikationsanforderungen sowie weitere Anforderungen an eine hochwertige Qualität der Leistungserbringung für die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit komplexen und häufig schwer therapierbaren Erkrankungen.

Wir wollen, dass die Leistungen bei den Menschen ankommen, und zwar ohne viel Bürokratie, wir wollen, dass die Ärztinnen und Ärzte sich mit den Menschen und ihren gesundheitlichen Belangen beschäftigen und nicht mit dem Ausfüllen von Formularen. Und wir wollen, dass Patientinnen und Patienten das bekommen, was sie benötigen, ohne ständig ihre Krankengeschichte wiederholen zu müssen. Daher haben wir das Entlassungsmanagement zum Teil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung gemacht. Und wir sehen den Ausbau der Telemedizin vor.

Der Entbürokratisierung haben wir uns auch noch an einer anderen Stelle gewidmet: Bei der Pflege. Wir haben uns mit Elisabeth Beikirch eine berufserfahrene, kompetente Pflegeexpertin an Bord geholt. Sie sammelt Ideen und Vorschläge für weniger Bürokratie in der Pflegeversicherung, wertet diese aus und bindet sie in die Diskussion zur Pflegereform mit ein. Ich kann Sie alle nur auffordern, Ihrerseits Ihre Erfahrungen Frau Beikirch mitzuteilen, damit sie für die weitere Entwicklung in der Pflege genutzt werden können.

In Sachen Pflegereform sind wir in der Diskussion mit dem Koalitionspartner. Solange allerdings die Union ihre Grundsatzfragen in der Pflege nicht geklärt hat, ist ein gemeinsamer Kompromiss in der Pflege nicht möglich. Die Diskussionen vom letzten Wochenende zeigen, dass die Ansätze von CSU- und CDU-Führung sich widersprechen.

Wir können jetzt nicht wieder anfangen, völlig neue Sachen zu diskutieren. Grundlage kann nur der gemeinsam bereits vereinbarte Koalitionsvertrag sein.

Wenn manch einer noch etwas Zeit braucht, dann sollten wir ihm diese Zeit geben, um ein tragfähiges Ergebnis für die Vorlage der Eckpunkte zu erreichen.

Für uns ist nicht der Zeitpunkt der Einigung entscheidend. Die Pflege hat keinen Formelkompromiss, sondern ein tragfähiges Ergebnis verdient.

Ich will den Eckpunkten nicht vorgreifen, aber ich verrate Ihnen sicher nichts Neues, wenn ich kurz auf den Pflegebedürftigkeitsbegriff zu sprechen komme. Das Bundesministerium für Gesundheit hatte in der vergangenen Legislaturperiode einen Beirat beauftragt, Vorschläge für ein neues Konzept zur Pflegebedürftigkeit zu machen. Er hat sich dafür ausgesprochen, den Grad der Selbständigkeit von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen zum Kern der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit zu machen. Es ist uns wichtig, einen neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit einzuführen, der stärker auf den Grad der Selbständigkeit hin ausgerichtet ist, also die Frage nach den Kompetenzen der pflegebedürftigen Menschen stellt und der nicht nur körperliche Beeinträchtigungen, sondern auch die besondere Situation von Demenzkranken berücksichtigt.

Der Beirat wird unter der Leitung von Herrn Dr. Gohde erneut seine Arbeit aufnehmen, um die noch offenen Fragen insbesondere verfahrenstechnischer Natur zu klären und konkrete Vorschläge vorzulegen und damit die notwendigen Voraussetzungen für die Einführung eines neuen Begriffs zu schaffen. Dieser Klärungsbedarf muss so schnell wie möglich abgearbeitet werden.

Und damit bin ich fast am Ende meiner Ausführungen angelangt. Ich hoffe, ich habe Ihnen zeigen können, dass uns Inklusion für Menschen mit Behinderungen wichtig ist, vielleicht noch am Rande: Wir arbeiten auch mit Hochdruck daran, unseren gesamten Internetauftritt barrierefrei zu gestalten. Dies mag Ihnen verdeutlichen, dass uns Inklusion auf allen Ebenen ein wichtiges Anliegen ist.

Ich freue mich, dass der Behindertenbeauftragte Gesundheit und die gesundheitlichen Belange von Menschen mit Behinderungen in den Mittelpunkt einer ganzen Veranstaltungsreihe gestellt hat. Wir haben aufmerksam zugehört und uns beteiligt, sind auch heute nicht nur politisch, sondern auch fachlich vertreten und nehmen Ihre Anliegen ernst. Das fällt allerdings angesichts Ihres Engagements auch leicht!

Schließen möchte ich mit einem Zitat von Hannah Arendt, dass der italienische Künstler Mario Nannucci für eine Neon-Installation mit dem Titel „Blauer Ring“ genutzt hat. Sie können es – übrigens auch von draußen – in der Bibliotheksrotunde hier im Marie-Elisabeth-Lüders Haus sehen: „Freiheit ist denkbar als Möglichkeit des Handelns unter Gleichen/Gleichheit ist denkbar als Möglichkeit des Handelns für die Freiheit.“

In diesem Sinne danke ich für Ihre Aufmerksamkeit und stehe jetzt für Fragen zur Verfügung.

Vielen Dank!

Herr Hubert Hüppe, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen:

Vielen Dank Herr Staatssekretär. Ich darf die gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen, Frau Bender, willkommen heißen.

FRAGERUNDE

Herr Reinhard Grethe, Konzernvertrauensperson der schwerbehinderten Menschen bei Asklepios Harzkliniken GmbH:

Ich möchte auf die Gruppe der taubblinden Menschen aufmerksam machen, das kommt hier bisher noch gar nicht vor. Wir haben in der Klinik Kontakt mit betroffenen, taubblinden Menschen. Wir hatten kaum eine Möglichkeit zur Kommunikation. Wir haben dann mit Braille kommuniziert. In der Kommunikation kam heraus, dass er fast 4 Jahre auf eine Braillezeile von der Kasse gewartet hat. Was will die Regierung tun, damit so was nicht mehr vorkommt und damit taubblinde Menschen mehr unterstützt werden?

Frau Heike Wittmann, AOK Nordost, Schwerbehindertenvertretung:

Ich durfte mit einem Vortrag zur Leichten Sprache zur Tagung Patientenversorgung beitragen. Die Mitwirkung der Patienten ist ganz entscheidend für die Gesundheitsversorgung. Wir bei der AOK machen bald die erste Broschüre in Leichter Sprache. Der Sachverständigenrat hat seit 1990 gesagt, die regionale Versorgung muss verbessert werden, wir brauchen Daten. Transparenz ist wichtig, um Maßnahmen abzuleiten. Was will die Regierung tun, um die Daten zu bringen? Damit wir künftig zusammen arbeiten können zum Wohle der Patienten für eine kostengünstige Gesundheitsversorgung.

Frau Sabine Grehl, Sozialwerk der Hörgeschädigten Berlin:

Mein Thema ist die Hörgeräteversorgung. Letztere ist die Grundlage für die Teilhabe schwerhöriger Menschen. Wir stellten im Workshop zur Hörgeräteversorgung fest, dass mit dem Festbetrag eine gute Hörgeräteversorgung nicht machbar ist. 2009 wurde ein Urteil des Bundessozialgerichtes gesprochen, dessen Umsetzung ist schwierig und wird es auch bleiben. Hier besteht dringender Handlungsbedarf, wenn Sie wollen, dass diese Menschen in Arbeit und Beruf kommen. Der Hörgerätemarkt ist toll, voller Innovationen, auch schwierige Fälle können gut versorgt werden. Die Festbetragsregelung ist in meinen Augen und in den Augen vieler anderer Menschen gescheitert. Können Sie sich vorstellen die Mindeststandards für die Hörgeräteversorgung – je nach Art und Schwere der Hörschädigung – zu verändern? Der deutsche Schwerhörigenbund (DSB) hat dazu seit einigen Jahren pragmatische Vorschläge unterbreitet.

Herr Dr. med. Andreas Rutz, Krisenstab „Richtgröße“ e. V.:

Das Versorgungsstrukturgesetz sieht Deregulierung und Flexibilisierung in Bezug auf die Richtgrößen bei Heilmitteln vor. Ist es noch zu erreichen, dass diese Begriffe durch das Wort „Abschaffung“ ersetzt werden? Ich erlaube mir die Polemik.

Herr Andreas Schneider, Mobiler Behindertendienst Leipzig:

Einige Gesetze müssen verbessert werden, andere müssen noch verändert werden. Letztlich ist die Situation häufig so, dass Menschen nicht zu ihrem Recht kommen. Die betroffenen Menschen müssen dann Widersprüche schreiben und kommen am Ende doch nicht zu ihrem Recht. Kann die Bundesregierung da was tun? Wir reden über alte und kranke Menschen und Menschen mit Behinderung, die in ihrer Mobilität und Rechtsfähigkeit eingeschränkt sind. Können BMAS und BMG da etwas tun im Sinne des Verbraucherschutzes. Damit den Menschen nicht zugemutet wird einen Weg zu gehen, den Sie selber gar nicht gehen können.

ANTWORTRUNDE

Herr Thomas Ilka, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit:

Ich habe 6 Punkte auf meiner Liste. Ich beginne mit dem Thema taubblinde Menschen. Die Aussage,

die Erfahrung, dass es in diesem Bereich immer Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen gibt. Sie fragten, was die Regierung tun kann. Die Frage nach der Regierung tauchte in einigen Statements danach auch wieder auf. Zum einen kann man da mit dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Hubert Hüppe, zusammen arbeiten. Wenn man sich an Herrn Hüppe wendet, wird dieser auch nicht jedes Problem lösen können. Auch die Frage, wie man mit Gesetzen Einzelfallgerechtigkeit herstellen kann, ist schwierig zu beantworten. Diese Fragestellung wird immer wieder diskutiert, wobei ich aus Erfahrungen mit anderen Regelungszusammenhängen nicht unbedingt sagen kann, dass man seitens der Regierung – per Gesetz – die Welt zum Funktionieren bringen kann. Das muss man, wenn man einzelne Punkte hat, im gesetzgeberischen Dialog präzisieren. Ansonsten muss man darauf setzen, dass die Auseinandersetzung in den Institutionen, in den Selbstverwaltungsinstitutionen, die wir haben, eben eine offene und sachorientierte ist. Da wird man nicht umhin können, auch den unbequemen Weg zu gehen. Das hört sich nicht befriedigend an, das ist klar, aber meine Erfahrung und mein Ansatz, was der Gesetzgeber tun kann, das muss er tun. Aber im Detail, das muss man im Einzelfall anschauen.

Nun zur Hörgeräteversorgung: Der Festbetrag reicht nicht aus, als Ausweichmöglichkeit wurden Mindeststandards vorgeschlagen. Ob das die Gesamtsituation verbessern kann und die nötige Flexibilität für Innovationen lässt, da bin ich nicht sicher. Da muss man im Einzelfall genau gucken. Vorschläge dazu machen kann ich jetzt nicht. Zum Versorgungsstrukturgesetz: Bei der Abschaffung der Richtgrößen sind wir demnächst im parlamentarischen Verfahren. Da werden sich jetzt noch viele Veränderungen ergeben. Das Stichwort vom mobilen Behindertendienst, wie kann man Rechtspositionen besser durchsetzen, wenn man selber nicht wie andere in der Lage ist, seine eigenen Rechte wahrzunehmen. Ich bin mir nicht sicher, ob die schärfere Formulierung von Rechten hilft oder ob man sich nicht gezielter darüber Gedanken machen muss, wie man in Selbsthilfegruppen vorgeht, um sich das Gehör zu verschaffen. Man muss da auch schauen, was ist Aufgabe des Gesetzgebers in der Arbeitsteilung und was bleibt in der Selbstorganisation. Manches ist viel erfolgreicher, wenn man entsprechend vorgeht.

FRAGERUNDE

Herr Wolfgang Buchholz, Deutscher Schwerhörigenbund (DSB), Landesverband Mecklenburg-Vorpommern:

Ich muss auf die Hörgeräteversorgung zurückkommen. Der Anspruch auf die Hörhilfen, hier gab es das Bundessozialgerichtsurteil (BSG) vom 17. Dezember. Dem Urteil wird man nicht gerecht, weil es in der Praxis nicht umgesetzt wird. Wie wird gesichert, dass die Transparenz in der Hörgeräteversorgung durchgesetzt wird? Wie wird gesichert, dass das SGB V umgesetzt wird?

Herr Mirko Harth, Humanmediziner, Institut für Inklusion:

Ich bezweifle, dass die Selbstverwaltung funktioniert. Wenn die Ärzte und Krankenkassen sich nicht selber in absehbarer Zeit zu Barrierefreiheit verpflichten, ist das Ministerium dann bereit die Ärzte und Krankenkassen zu Barrierefreiheit zu verpflichten? Die Finanzierung müsste dann auch gesichert werden, entweder durch Einkünfte oder durch ein Konjunkturpaket der Regierung. Wird das diskutiert?

Frau Verona Mau, Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung:

Wie kann für Menschen mit schwerer mehrfacher Behinderung die ärztliche Versorgung verbessert werden? Da haben wir beispielsweise viele Menschen mit Sinnesbehinderung. Auch duale Sinnesbehinderung zählt dazu, unter anderem auch die taubblinden Menschen. Die Diagnose ist oft unklar, weil das Spezialwissen fehlt. Wie wird das in der aktuellen Versorgungsgesetzdiskussion aufgegriffen? Wie wird das aufgegriffen für Menschen mit schwerer mehrfacher Behinderung?

Frau Dr. Imke Kaschke, 2. Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft zahnmedizinische Betreuung für Menschen mit Behinderungen:

Ich schließe mich der vorherigen Frage auf dem zahnmedizinischen Feld an.

Wird es im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes endlich eine gesetzliche Festschreibung zur Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung geben?

Name nicht genannt:

Der ehemalige Staatssekretär Daniel Bahr sagte bei der letzten Versammlung, dass die Kassen Sachwalter der Versicherten im Versorgungsgeschehen sind und sie haben die Versorgung individuell sicherzustellen, ohne dass man weitere Zahlungen leisten muss. Wann wird das umgesetzt?

Herr Andreas Bethke, Geschäftsführer Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V.:

Ich bin froh, dass die Initiative Barrierefreiheit im BMG ergriffen wurde. Das sollte jedoch noch erweitert werden auf barrierefreie Hilfsmittel und barrierefreie Medizinprodukte. So könnte zum Beispiel Therapie für sehbehinderte Diabetiker ermöglicht werden. Können Sie sich vorstellen, sehbehinderte Menschen bekommen nur Sehhilfen, wenn sie - nachdem sie eine Sehhilfe bekommen haben - nicht mehr als 1/3 sehen? Die Finanzierung müsste da wie bei Hörhilfen sein, also dann finanzieren, wenn vorher eine gewisse Beeinträchtigung da war.

Frau Ulrike Gosewinkel, Vertrauensperson schwerbehinderter Menschen bei der Deutschen Telekom Training GmbH:

Wenn mein Hilfsmittel kaputt ist, warum brauche ich da eine neue ärztliche Verordnung?

ANTWORTRUNDE

Herr Thomas Ilka, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit:

Die Gesetze zur Hörgeräteversorgung werden in der Praxis nicht umgesetzt, wenn es so ist, woran liegt es? Das muss man abstellen, das ist meine Auffassung. Ich kenne die Zusammenhänge nicht genau. Das Funktionieren der Selbstverwaltung wurde kritisiert. Die Frage ist, ob wir das nicht verpflichten müssen? Ich komme aus einer Welt der Industrie- und Handelskammer, in der es auch eine Selbstverwaltung gibt. Wir hatten da das Thema Ausbildungsplatzabgabe. Zu diesem Thema wurde auch diskutiert, ob man hier staatlichen Zwang braucht oder überlässt man es denen, die näher an der Wirklichkeit sind. Meine Haltung ist, man macht es nicht unbedingt besser, wenn man es den Gesetzgeber machen lässt, man sollte schon die Chancen der Zivilgesellschaft - inklusive der Selbstverwaltung - nutzen. Wenn es so ist, dass die Selbstverwaltung an einigen Stellen Hilfe braucht, dann ist das ein anderes Thema. Wir überfordern Regierung und Gesetzgeber, wenn wir alles auf die politische Ebene ziehen. Was das Thema Barrierefreiheit angeht, sollten wir den Weg mit den Ärzten da Schritt für Schritt weiter gehen. Bei Diagnoseschwierigkeiten ist es auch schwer das Problem zu umreißen. Da ist man auf sie angewiesen, als Hinweisgeber. Zahngesundheit wird im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes diskutiert werden, wie der Ausgang wird, kann ich nicht sagen. Das ist aber auf der Tagesordnung. Was Herr Bahr vor einem halben Jahr sagte, das gilt heute noch. Mehr kann ich dazu erst mal nicht sagen. Die Entscheidungen über die Finanzierung der Sehhilfen, das Thema wird beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) liegen, da kann ich jetzt keine weitere Auskunft zu geben.

FRAGERUNDE

Herr Prof. Dr. Michael Seidel, Stiftung Bethel.regional:

Das Thema der endlich zu verbessernden Versorgung von Menschen mit schweren geistigen und kom-

plexen Mehrfachbehinderungen haben die Fachverbände und die Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung e. V. wiederholt und ausführlichst dem Ministerium und den Abgeordneten vorgelegt. Dieses Thema wird regelmäßig vernachlässigt. Können Sie in der UN-Konvention und im § 2a SGB V eine starke Aufforderung erkennen, endlich das SGB V und alle anderen, benachbarten Gesetze darauf zu überprüfen, ob sie die Lage verbessern oder verschlechtern?

Frau Renate Welter, Deutscher Schwerhörigenbund (DSB):

Herr Ilka hat vorhin gesagt, dass Menschen mit Behinderung auch in privaten Krankenversicherungen in den Basistarif aufgenommen werden können. Es gibt ja auch Fälle, in denen Menschen auch schon vor ihrer Behinderung dort Mitglied waren. Was tut die Regierung, damit die Menschen da auch die Rechte bekommen, die sie brauchen. Auch wenn das SGB in der privaten Krankenversicherung nicht gilt, feststeht, dass die UN-Konvention auch in der privaten Krankenversicherung gilt. Ich möchte das mal verdeutlichen, dass die privaten Krankenversicherungen bis heute keine Kommunikationshilfen bezahlen. Unterstützen Sie uns da im BMG?

Herr Norbert Baron, Behindertenbeauftragter der Stadt Weiterstadt:

Wer erstellt den Hilfsmittelkatalog? In welchen Intervallen wird der Hilfsmittelkatalog angepasst?

Frau Hanna Hermann, Redaktion Schnecke gGmbH:

Für mich ist Inklusion keine Einbahnstraße. Herr Ilka hat erwähnt, dass die Bundesregierung nicht alles tun kann. Die Selbsthilfe hat er auch erstmals und ein einziges Mal an diesem Tage heute erwähnt. Die Selbsthilfe ist für alle Menschen mit Behinderung unheimlich wichtig. Warum ist die Finanzierung der Selbsthilfe nur über Projekte möglich? Warum wird die Basisarbeit der Selbsthilfe nicht finanziert? Nur, wenn die Basisarbeit über längere Zeit sicher ist, kann es was bringen. Die Selbsthilfeförderung sollte bitte auf eine andere Ebene gestellt werden.

Herr Gerd Miedthank, Selbst Aktiv Berlin:

Ich möchte Hubert Hüppe danken, dass er die Veranstaltung macht. Dadurch sehen die Abgeordneten, welche Probleme wir überhaupt haben. Ich will eine Frage stellen. Wir sehen, dass verschiedene Institutionen für den Schwerbehindertenkreis zuständig sind. Also, wenn wir die UN-Konvention auf den Punkt bringen wollen: Warum nicht ein Ministerium für behinderte Menschen schaffen? Das hat dann alle Kompetenz, die es braucht, dann ist das hin und her zwischen Ministerien vorbei, und uns wird auch endlich geholfen. Herr Helmut Trotnow, Selbsthilfe-Verein für erbliche spastische Spinalparese: Erbliche spastische Spinalparese gehört zu den seltenen chronischen Erkrankungen. Bei vielen seltenen Erkrankungen fehlt die Diagnose. Die Betroffenen sind aber trotzdem da. Oft ist es nicht möglich, das Thema chronische oder seltene chronische Erkrankungen in die Überlegungen des Bundesausschusses einzubinden. Dort existiert es nicht. Wenn es um Medikamente oder Heilmittel geht, wird gesagt, euch gibt es ja gar nicht, da werden spontane und lokale Entscheidungen getroffen, da stimmt hinten und vorne was nicht, das muss systematisch erläutert und diskutiert werden. Herr Axel Klecha, HMM Deutschland GmbH: Ich habe zwei Fragen zur Beratung und einen Hinweis zu der Rücknahme von Hilfsmitteln. Unsere Firma programmiert Software im Gesundheitswesen, im Bereich Hilfsmittel für Krankenkassen. Da gibt es Rücknahmen von gebrauchten Artikeln, ein großer Teil der Kassen macht das. Es gibt Hilfsmittelberater, die unabhängig selbständig tätig sind, für Krankenkassen oder Sozialgerichte, die den Bedarf prüfen. Warum hat das Recht nicht der Patient? Letzterer schreckt zurück, denn der unabhängige Berater muss bezahlt werden. Der Patient kann jedoch sagen, ich möchte einen unabhängigen Berater, der meinen Bedarf feststellt. Es gibt die Möglichkeit, sich als Rentenberater niederzulassen, um Patienten gegenüber Kassen zu vertreten. Ich bekam die Auskunft, ich müsste zuerst eine Rentenberater-Prüfung ablegen, bevor ich Krankenkassenberater sein darf. Warum kann man nicht Kassenberater werden ohne die Rentenberater-Prüfung abzulegen? Name nicht genannt, Netzwerk Selbst Aktiv: Zu uns kommen viele gehörlose Menschen, meine Frau ist gehörlos, wir haben diese Tagungsreihe verfolgt. Unsere

Beobachtungen gehen dahin, dass keine Teilhabe krank macht. Die Gehörlosen oder an Taubheit Grenzenden haben kaum Teilhabe bzw. so gut wie gar keine Teilhabe. Von diesen Menschen sind viele depressiv und krank geworden. Meine Frage: Wie weit setzt sich das BMG für die Artikel 24, 29, 30 der UN-Konvention zur Umsetzung im Nationalen Aktionsplan ein, damit endlich umfassende Teilhabe für Gehörlose durchgesetzt wird?

ANTWORTRUNDE

Herr Thomas Ilka, Staatssekretär im Bundes- ministerium für Gesundheit:

Danke meine Damen und Herren, Hubert Hüppe. Die Fragen bezogen sich häufig darauf, wie man eine bessere Teilhabe organisieren kann. Im Grunde geht es bei vielen Themen um Barrierefreiheit, auch in den Köpfen und in den Institutionen. Ich meine wir haben im Grundsatz ein Netz von Institutionen, so dass es kein Problem sein sollte, auch die praktischen Probleme zu lösen. Ich bin skeptisch, wenn man zu viel in Detailregelungen machen will. Wir müssen sehen, wie wir innerhalb der Zuständigkeiten – die es gibt – den Dialog so führen, dass man sich versteht und zu seinem Recht kommt. Ob es einem

dann hilft, wenn man jedes Gesetz durch ein Raster laufen lässt, Verbesserung, Verschlechterung, das weiß ich nicht. Die Probleme, die jeder Einzelne hat, sind sehr verschieden. Es gibt unterschiedliche Interessen, die sich über das gesamte Gesundheitswesen verteilen.

Das Thema „Ein Ministerium für Menschen mit Behinderung“ – ich glaube, das ist eine Diskussion, die in die falsche Richtung geht. Die anderen Ministerien könnten sich dann verabschieden und sagen dafür ist das Ministerium für Menschen mit Behinderung zuständig. Allerdings hätte dieses Ministerium dann den Raum und die Macht, alles durchzusetzen. Trotzdem würde Regierungsalltag und Wirklichkeit auch dort zuschlagen. So mühsam das ist, ist es sinnvoller, die jeweiligen Themen als Querschnitt zu definieren, weil man besser Verbündete findet, um sie zu mobilisieren und um entsprechend vorzugehen.

Herr Hubert Hüppe, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen:

Vielen Dank Herr Staatssekretär. Eine Bemerkung zu Ihren Fragen und Anregungen, viel von den Forderungen kann ich unterstützen. Es ist aber Vorsicht geboten, wenn Politiker entscheiden, was man erstattet bekommt. Da ich früher viele Briefe über obskure Dinge bekam, das alleine rechtfertigt nicht unbedingt immer die öffentliche Finanzierung. Ich danke Ihnen und ich hoffe, Sie nehmen viel mit. Sie sind neu im Amt, es gibt viele Hoffnungen, wir würden uns freuen, wenn Sie uns auch in Zukunft zur Verfügung stünden. Ich schlage vor, dass die Politikerinnen und Politiker nun auch Gelegenheit bekommen, zu ihren Fragen und Statements Stellung zu nehmen.



Der Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, Thomas Ilka, der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Hubert Hüppe, Dr. Sigrid Arnade (Journalistin und Geschäftsführerin der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V.), Mechthild Rawert MdB, Maria Klein-Schmeink MdB, Dr. Martina Bunge MdB, Birgitt Bender MdB (von links)

Herr Dietrich Monstadt, Abgeordneter der Bundestagsfraktion CDU/CSU:

Zu mir, ich bin im Hauptberuf Anwalt und viele Dinge, die hier angesprochen wurden, sind Einzelfallfragen. Gesetze bilden nur den Rahmen, im Einzelfall muss man seine Rechte durchsetzen. Versuchen Sie das durchzusetzen, helfen können dabei auch Verbände. Die Entscheidungen zeigen ja, es geht, man darf nicht locker lassen. Ich selber bin Diabetiker und Landesvorsitzender des Deutschen Diabetikerbundes e. V. Wenn es Probleme gibt, muss man mit den Verbänden der Betroffenen dann auch entsprechend Rechtsbeistand geben, die Gesetzeslage ist oft eindeutig. Noch eins, Patientenrechte sind ja im Gesetz fixiert, es soll die Kommunikation zwischen Patienten und den Institutionen erleichtern und es soll auch leichter ermöglicht werden, die Rechtsdurchsetzung zu erlangen. Da ist ein wichtiger Schritt Gerechtigkeit für den Einzelfall herbeizuführen. Wir können Gesetzgebung nicht für so einen weiten Kreis ausgestalten, nicht jeder Einzelfall kann im Gesetz bedacht werden, dafür muss man Verständnis haben.

Frau Birgitt Bender, Gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN:

Der Behindertenbeauftragte fragte, was sollen wir als Politiker entscheiden. Wenn man das hier so hört, was es alles an Beschwerden gibt, dann schockiert das schon. Tatsächlich sind es oft Entscheidungen, die zum Beispiel der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) traf. Zum Beispiel die Festbeträge bei Hörgeräten. Die Idee im Gesetz war die Festbeträge einzusetzen, um zu vermeiden, dass die Industrie das System abzockt. Das ist das Nötige, was der Mensch braucht und was abgedeckt werden muss. Die Idee dahinter war, wenn dann etwas teurer ist, dann ist es Komfort. Die Klagen über die Festbeträge hören wir heute nicht zum ersten Mal. Bei den Hörgeräten ist es so einfach nicht, dem muss man nachgehen. Wir haben Nachfragen an die Regierung gestellt, wie sie das Urteil umsetzen will und wie sie gedenkt, das Problem aufzugreifen. Da fehlt bisher noch die Reaktion. Es hieß, wir prüfen noch, da muss was passieren. Es sollte nicht so sein, dass wir im Ausschuss beschließen das und das Hörgerät wird gezahlt. Wenn es so wäre, würde das dazu führen, dass sich die entsprechenden Firmen dann ihre Wahlkreisabgeordneten schnappen und sagen, sorg du mal dafür, dass das, was ich produziere, voll gezahlt wird. Das Solidarsystem würde da abgezockt werden, wir wollen bei einer passgenauen Versorgung landen. Da steht noch eine Umsetzung an, die Regierung ist gefordert, da was zu liefern.

Die privaten Krankenkassen (PKV) wurden angesprochen. Wir ertragen nur schwer, dass es ein System gibt, das sagt, Menschen mit Behinderung nehmen wir nicht auf. Und für Menschen, die später eine Behinderung entwickeln, werden Risikozuschläge erhoben. Besser wäre eine Kasse, die alle Menschen aufnimmt, die einkommensabhängige Beiträge erhebt nach dem Bürgerversicherungsprinzip. Wenn eine Versicherungspflicht herrscht und Menschen mit Behinderung dadurch in der PKV sind, müssen sie da die Leistungen bekommen, die nötig sind. Dazu gehören beispielsweise Gebärdensprachdolmetscher, wenn es für den Arztbesuch nötig ist. Die PKV muss Menschen mit Behinderung versorgen, das steht fest.

Frau Dr. Martina Bunge, Gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion DIE LINKE:

Wenn Barrierefreiheit hergestellt werden soll, dann soll dies überall geschehen. Auch für den blinden Diabetiker, dann muss die Spezifik erfasst werden. Das ist überall ein Prozess, es geht nicht von heute auf morgen. Aber der Anspruch ist da, wir müssen nicht einzelne Gruppen rausnehmen. Die Selbsthilfe ist unheimlich wichtig, aber man kann nicht alles da reinschieben. Ich kenne das selber aus meiner Praxis. Die institutionelle Förderung ist schrecklich, sie wäre aber eigentlich sachgerecht, dass es dauerhaft etabliert werden kann. Eine Bemerkung zum Ministerium für Menschen mit Behinderung, es widerspräche der Inklusion, wir wollen ja einen Raum für alle bilden, nicht einen der zieht oder schiebt. Herr Hüppe muss querschnittsmäßig wirken in allen Ressorts. Ich denke nicht, dass ein Ministerium für Menschen mit Behinderung die Lösung wäre, vielleicht müsste der Behindertenbeauftragte einfach mehr Rechte bekommen.

Frau Maria Klein-Schmeink, Abgeordnete der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen:

Im Hinblick auf den Herrn Staatssekretär, man könne gesetzlich keine Einzelfallgerechtigkeit herstellen. Das glaube ich auch, aber wir sind verantwortlich für die Rahmenbedingungen und die Strukturqualität und das heißt wohnortnah, bedürfnisgerecht, Mitspracherecht, Wunsch- und Wahlrecht. Das ist ein Stück unserer Verantwortung, dass das Rechte sind, die in der Realität umgesetzt werden. Das kennt jeder Politiker aus Bürgersprechstunden, da erlebt man so viele Menschen, die klagen über die Strukturqualität. Dabei geht es also nicht um Einzelfallgerechtigkeit, sondern darum, dass wir keine am Menschen orientierte Versorgung haben. Wir müssen da umdenken.

Frau Mechthild Rawert, Abgeordnete der Bundestagsfraktion SPD:

Herr Hüppe wäre schon glücklich, wenn seine Position dann im Bundeskanzleramt angesiedelt wäre, dass er damit dann durchgreifendes Recht hätte. Ich denke zum Thema psychische Erkrankungen ist viel gesagt worden. Wir haben hier grundsätzlich einen Nachholbedarf. Sowohl in der gesetzlichen Feststellung, als auch im Kontext der Bedarfsplanung. Im Hinblick auf das zu diskutierende Versorgungsstrukturgesetz: Es sollte durchgecheckt werden, inwieweit es tatsächlich den Kriterien von Teilhabegerechtigkeit entspricht. Ich selber habe da rege Zweifel, aber ich bin Opposition. Also es wäre glaubwürdiger, wenn die Regierung es anhand eigener Kriterien durchsetzt. Wir waren beim Thema Bedarfsfeststellungsverfahren, da sind Teilhabegerechtigkeit, Barrierefreiheit eigentlich nicht die Kriterien, an denen die Versorgung der Zukunft gemessen wird.

Frau Maria Michalk, Behindertenpolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion:

Kurze Ergänzung zu dem zuletzt Gesagten. Ich verstehe meine Funktion als behindertenpolitische Sprecherin unserer CDU/CSU-Bundestagsfraktion so, dass ich bei der Gesetzgebung diese Querschnittsaufgabe ein Stück weit im Auge habe. Ich konzentriere mich beim Lesen eines Gesetzes (nehmen wir jetzt mal das Versorgungsstrukturgesetz) auf den Aspekt: Wo ist hier eine behindertenrelevante Aussage, wo muss man was ändern und was fehlt? Dass wir das nicht bei jedem Gesetz hineinbekommen, dass wir das nicht in jedem Gesetz gleich sofort haben werden, das haben wir z. B. heute bei der Verabschiedung im Ausschuss mit dem sogenannten Instrumentenkasten für den Arbeitsmarkt gesehen. Da sind schon wichtige Aussagen für eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt in dem Gesetz drin, aber eben noch nicht alles. So verstehe ich das hier auch, dass man ein Stück weit Interessensvertreter für diese Fragen ist, weil das kann ein einzelner Abgeordneter gar nicht leisten, sich quer über alle Gesetze auszukennen, daher haben wir Funktionen. Und ich glaube auch, dass die Regierung, wenn sie im Referentenstadium ein Gesetz erarbeitet, bei dem die Länder einbezogen werden, die auch behindertenpolitische Beauftragte haben, versucht, eine gute Lösung zu finden. Aus der Summe der Ideen entsteht ein Gesetz, dabei ist dann auch ihre Mitarbeit gefragt, z. B. auch über die Länderkompetenzen, auch dann ist ein Gesetz am Ende nie optimal, sondern immer ein Produkt von Kompromissen, weil es nie eine Partei gibt, die alleine regiert. Außerdem müssen wir auch immer mit den Ländern zu Kompromissen kommen. Das findet mehr statt als wir darüber reden. Jetzt haben wir auf bundespolitischer Ebene den Normenkontrollrat. Durch ein Instrument werden Gesetze nach Lesbarkeit überprüft. Da wird geprüft, ob das so wirklich verständlich ist. Es ist so, dass seit der Diskussion um die UN-Behindertenrechtskonvention eine größere Sensibilität vorherrscht.

Diskussionsrunde zum Thema 4: „Problematik zwischen Arznei- und Heilmittelversorgung und ärztlichen Verordnungen“

Frau Dr. Sigrid Arnade, Journalistin und Geschäftsführerin der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL):

Wir kommen jetzt zur Zusammenfassung und Diskussion der letzten Tagung von den 4 Gesundheitstagungen, die bei dem Behindertenbeauftragten stattgefunden hat. Diese 4. Tagung stand unter der Überschrift „Problematik zwischen Arznei- und Heilmittelversorgung und ärztlichen Verordnungen“. Auch hier habe ich das wieder dreigeteilt: Probleme, Handlungsbedarf und legislativer Handlungsbedarf.

A. Probleme

- Richtgrößen nicht geeignet, führen zu Versorgungsdefiziten
- Anerkennung von Praxis- und regionalen Besonderheiten variieren von KK zu KK
- keine bedarfsgerechte Versorgung, insbesondere von schwerst- und mehrfach behinderten Menschen
- Hauptursache: Richtgrößen orientieren sich am Durchschnitt, individuelle Probleme werden zu wenig berücksichtigt
- Zuzahlungen zu hoch
- keine integrierte Versorgung
- viele Hilfsmittel nicht im Hilfsmittel-Katalog, z.B. bestimmte Hörhilfen
- ÄrztInnen oft uninformiert, haben Angst, sind verunsichert, verbittert
- Kommunikationsprobleme ÄrztInnen - PatientInnen
- hoher bürokratischer Aufwand
- Lücken bei Inkontinenzversorgung

B. Handlungsbedarfe

- alle Entscheidungen im Gesundheitswesen einem Disability-Check unterziehen
- Betroffene auf allen Ebenen einbeziehen
- Gesamtkonzept mit gesundheitsbezogenen Leistungen und solchen der Eingliederungshilfe und der Pflege
- Transparenz
- unabhängige Beratung
- niedrigschwellige, barrierefreie Informationen, auch in Leichter Sprache
- Qualitätssicherung in der Therapie
- spezielle Heilmittelbedarfe müssen für alle Behinderungsarten übernommen werden
- Versorgungsforschung intensivieren
- allgemeine Aufklärung zur Funktionsweise des Gesundheitssystems
- Weiterbildung der im Gesundheitswesen Tätigen zur Thematik Menschen mit Behinderung

C. Unmittelbarer legislativer Handlungsbedarf

- alle Gesetze und Verordnungen einem BRK-Check unterziehen
- BRK in allen relevanten Gesetzen verankern
- Richtgrößen und Prüfverfahren abschaffen
- Patientenbeteiligung stärken, u.a. durch Stimmrecht in Verfahrensfragen im G-BA
- Positivliste einführen
- Behinderung entsprechend BRK neu definieren

Stellungnahmen der Abgeordneten

Frau Dr. Martina Bunge, Gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion DIE LINKE:

Eine bedarfsgerechte Versorgung ist weder bei Arznei- noch bei Heilmitteln vorhanden, das ist sehr bedenklich. Da sind wir gleich bei Ihrer zuletzt genannten Forderung, den Behindertenbegriff wirklich einheitlich im Recht der Bundesrepublik zu fixieren. Das wäre dringend notwendig. Ich meine, wir haben ja in der UN-Behindertenrechtskonvention eine Definition. Die ist sehr weit. Jeder Mensch, der irgendeine Beeinträchtigung hat, jetzt nicht negativ gemeint, fällt darunter. Da müssen wir natürlich wahnsinnig aufpassen, auch bei der Forderung für ein Teilhabesicherungsgesetz, dass wir auch ein bestehendes soziales Sicherungssystem haben.

Frau Birgitt Bender, Gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN:

Ein wesentliches Thema, wenn ich richtig zugehört habe, war die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention und die Sozialgesetze und überhaupt alle Gesetze daraufhin zu überprüfen, inwieweit sie mit der UN-Behindertenrechtskonvention eigentlich vereinbar sind. Das ist in der Tat etwas, das wir nachhaltig unterstützen. Das ist aber auch ein großes Werk und wir, als kleine Oppositionsfraktion, können das nicht leisten, so ein Gesamtwerk zu erstellen. Das ist insofern eine Aufgabe der Regierung, die dafür selber möglicherweise ein Gutachten vergeben muss. Das können die Regierenden selber entscheiden. Frau Michalk, ich denke das sollten Sie mitnehmen. Die Regierung sollte da etwas tun. Was wir anbieten können, als Opposition ist, dass Sie da, wo Sie auf konkrete Unvereinbarkeiten von Gesetzen mit der UN-Behindertenrechtskonvention aufmerksam werden, dass Sie das bei uns melden. Und dass Sie auf diese Weise Hinweise geben, dass man das schon mal punktuell aufgreifen kann. Dazu gehört sicherlich auch ein einheitlicher Begriff von Behinderung in den Gesetzen. Da muss man sagen, das ist alles historisch gewachsen und so kommt das dann auch zustande, dass das nicht so ist, aber in der Tat ist dieses auch eine Aufgabe, wo wir gerne helfen wollen, die aber hauptsächlich von der Regierung geleistet werden muss.

Was Sie zum Arzneimittelbereich vorgetragen haben, findet teilweise unsere Unterstützung. Die Forderung nach der Positivliste, Frau Dr. Arnade, Sie haben darauf hingewiesen, dass sich daran schon mehrere Regierungen oder Koalitionsmehrheiten versucht haben. Ich habe auch schon mal so einer Mehrheit angehört, unter Rot-Grün hatten wir den zweiten Anlauf für eine Positivliste unternommen, nachdem die erste von dem damaligen Minister Seehofer an die Pharmaindustrie überreicht wurde. Seehofer war es, der die Positivliste kassiert hat. Wir halten das nach wie vor für richtig, haben es auch eingebracht in die Verhandlungen zum Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG), wo es um die Nutzenbewertung geht, dass wir eigentlich alle Arzneimittel einer Nutzenbewertung unterzogen sehen wollen und diese dann in die Positivliste aufgenommen werden. Es sieht im Moment nicht so aus, als kämen wir dem wirklich näher. Es soll zwar einen Modellversuch geben, in dem die Apotheker- und die Ärzteschaft sich auf eine Medikationsliste einigen. Das ist zwar auch kein so schlechter Ansatz, aber es ist nicht dasselbe, als wenn ein Gremium unabhängiger Experten, insbesondere das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) tatsächlich eine Nutzenbewertung vornimmt. Ich bin nicht sicher, ob das ihr Problem, dass die Arzneimittelversorgung möglicherweise für Menschen mit Behinderung nicht immer adäquat ist, lösen würde. Also ich muss schon dazu sagen, so sehr ich für eine Positivliste eintrete, wird es möglicherweise Ihre Probleme nicht umfassend lösen, sondern das hat eben auch etwas mit Kompetenz der Ärzte zu tun und dem Willen für ihre Patienten einzustehen.

Da sind wir beim Thema Richtgrößen, das verunsichert viele Ärzte. Da ist wirklich eine große gefühlte Bedrohung. Wir hören das zum Teil schon von Medizinstudierenden, die noch nie eine Praxis eines niedergelassenen Arztes von innen gesehen haben, die bereits sagen, es sei ein Riesenproblem, die Gefahr von Regressen. Und wenn die Ärzte das so fühlen, dann ist das ein Problem. Man muss das natürlich mit

der Wirklichkeit spiegeln: Wie oft gibt es eigentlich Regresse? Wir haben dazu gerade eine kleine Anfrage gemacht, die ist von dem, was uns die Regierung geantwortet hat, von den Zahlen her, nicht gerade befriedigend, weil man sich nur die Zahlen, die es bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gibt, hat geben lassen für einige zurückliegende Jahre (2007, 2008). Aber daraus kann man schon mal sehen, dass in diesen Jahren jeweils ein halbes Prozent oder 0,7% der Ärzteschaft von Regress betroffen war. Und wenn Sie das in Beziehung setzen zur Angst, die die Ärzte haben, dann steht das tatsächlich nicht im Verhältnis. Deswegen ist es auch ganz wichtig, die Ärzte aufzuklären und zu informieren, was eigentlich die Richtgröße bedeutet. Was man, wenn man Menschen mit Behinderung versorgt, als Praxisbesonderheit geltend machen kann und wie man dementsprechend einen Regress auch vermeidet. Ich glaube nicht, dass man auf das Instrument, auch das Ausgabeverhalten ein Stück weit zu steuern, verzichten kann. Es ist natürlich immer auch denkbar, auch innerhalb der Ärzteschaft, dass es auch welche gibt, die eben nicht patientengerecht verordnen, sondern mit den Medikamenten prassen. Das kommt vor und das muss man verhindern. Deswegen muss man Verschwendung bekämpfen. Wir halten es jetzt aber für richtig, was jetzt im Versorgungsstrukturgesetz die Regierung als Entwurf auf den Tisch gelegt hat. Gewisse Erleichterungen, dass Ärzte im ersten Jahr, wo man die Überschreitung der Richtgröße feststellt, nicht mit einem Regress konfrontiert werden, sondern erst mal beraten werden. Es sollte zwar idealer Weise schon vorher der Fall sein, aber wenigstens dann, so dass sie dort dann ausreichend informiert sind, was sie tun können, müssen, dürfen, um keinen Regress zu haben und trotzdem ihre Patienten gescheit zu versorgen. Außerdem soll dann auch die Regresssumme begrenzt werden.

Des Weiteren ist etwas auf dem Weg, das allerdings auch ein längerer Prozess ist. Sie hatten das erkämpft als Richtlinie vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dass bei den Heilmittelverordnungen auch die langfristigen Verordnungen möglich sind. Soweit ich weiß, hapert es da noch ziemlich an der Umsetzung. Jetzt liegt aber auch ein Gesetzentwurf vor, dass langfristige Verordnungen möglich sind und dass Ärzte, die solche Verordnungen für Menschen mit Behinderung oder chronischen Erkrankungen ausstellen, dann auch keine Wirtschaftlichkeitsprüfung dafür zu erwarten oder befürchten haben, sondern, dass es da eine Fiktion der Wirtschaftlichkeit gibt. Und dass auch auf Bundesebene festgelegt wird, was anzuerkennende Praxisbesonderheiten für die Heilmittelverordnung sind. Ich glaube, dass das schon richtige Verbesserungen sind. Wie es dann mit der Umsetzung funktioniert, das wird vielleicht wieder ein Thema sein, da sind wir auf Ihre Rückmeldungen angewiesen

Frau Mechthild Rawert, Abgeordnete der Bundestagsfraktion SPD:

Ich möchte mal das Stichwort bedarfsgerechte Versorgung aufgreifen. Und ich möchte diesen Teil durchaus auch noch mal ein Stück weit erweitern. Zur bedarfsgerechten Versorgung gehört aus meiner Sicht, sich noch einmal die ganze Frage von Gesundheitsförderung und Prävention zu stellen. Also bedarfsgerechte Versorgung fängt nicht erst an einem späteren Zeitpunkt an. Wir, als Bundespolitiker haben es leider auch nicht hingekriegt. Diese Regierung wird auch kein Präventionsgesetz vorlegen. Aber wir alle mit oder ohne Behinderung sind zunehmend mehr auf ein Präventiv, auf einen präventiven Gedanken, also auf ein gesundheitsförderndes Präventionsgesetz angewiesen. Das möchte ich auch noch einmal erweitern.

Das Thema: Es gibt keine integrierte Versorgung, die wird sich durch das neue Versorgungsstrukturgesetz auch nicht verbessern. Infolgedessen gilt das für uns alle hier. Das ist eine Forderung, die ich sehr unterstütze, bei der ich aber derzeit keine große Realisierung sehe und darum bitte, diese Forderung immer lauter zu stellen. Der Disabilitycheck, ich denke, der ist richtig. Die UN-Behindertenrechtskonvention und alle Anliegen von Menschen mit Behinderung sollten als Querschnittsaufgabe wahrgenommen werden. Erwähnen möchte ich nur den Teil Eingliederungshilfen und Pflege. Das ist noch ein riesengroßer Bereich, den ich jetzt hier nicht ausführen möchte, in dem ich auch sehr neugierig bin, inwieweit bei der nächsten Pflegereform darauf tatsächlich geachtet wird. Das wäre schon mal ein sehr praktisches Beispiel, inwieweit der Disabilitycheck überhaupt in eine neue Gesetzesstruktur

hereinkommen könnte und auch sollte. Das Thema Versorgungsforschung hatten wir schon, aber das möchte ich einfach nur sehr unterstützen, denn es fehlen uns auch für viele Bereiche tatsächlich die Forschung, die Mittel, die Methoden und die entsprechende Bedarfsplanung.

Frau Maria Michalk, Behindertenpolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion:

Zu dem Stichwort ärztliche Verordnungen hat Frau Bender eben dargestellt, was wir im Punkt Richtgrößenverordnung und auch langfristige Verordnung von Hilfsmitteln im Versorgungsstrukturgesetz auf den Weg gebracht haben. Das ist für Sie ein Beweis dafür, dass es sich lohnt, im Dialog zu bleiben

und Engpässe oder Verwerfungen, die man im praktischen Handeln vor Ort eben feststellt, führen dann am Ende auch zu einer politischen Reaktion. Was man jetzt für die Erleichterung der Niederlassungswilligkeit junger Mediziner auf den Weg gebracht hat, geht in die richtige Richtung. Auch das Stichwort mehr und breitere Nutzung von Telemedizin ist durchaus etwas, was unter dem Aspekt der medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen eine Rolle spielen kann. Auch unter dem Aspekt der Barrierefreiheit ist das eine große Herausforderung. Die Definition von Menschen mit Behinderung: Viele Dinge, die wir heute als selbstverständlich nehmen, sind das Resultat von vielen Kämpfen in all den Jahren zuvor. Von daher ist es legitim, dass



**Ingrid Fischbach
MdB, Maria Michalk
MdB, der Beauftragte
der Bundesregierung
für die Belange be-
hinderter Menschen,
Hubert Hüppe**

man jetzt gerade den Nationalen Aktionsplan zum Anlass nimmt, da einfach noch mal quer zu lesen, ob die Begrifflichkeiten, die Definitionen, die Assoziationen und die Urteilsprechung noch zusammenpassen. Dem werden wir uns auch stellen. Im Nationalen Aktionsplan gibt es mehr als 200 Maßnahmen zu den einzelnen Ressorts, auch zu den medizinischen und wir werden als federführender Bundestagsausschuss Arbeit und Soziales im Oktober eine Anhörung zu dem Nationalen Aktionsplan machen. Dabei wollen wir herausarbeiten, was sich als Querschnittsaufgabe in den einzelnen Ressorts ergibt. Das noch einmal als Blick in die Zukunft. Es ist wichtig über Inhalte von notwendigen Weiterbildungen zu reden. Es ist ratsam, dass auch das medizinische Personal in der Ausbildung auf die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung vorbereitet wird.

FRAGERUNDE

Herr Franz Hermann, Deutsche Cochlear Implant Gesellschaft e. V.:

Ich möchte etwas zur Fortbildung bei den Ärzten anmerken. Ein Hals-Nasen-Ohren (HNO)-Arzt kann Ausbildungspunkte auch von einem fachfremden Kongress haben. Ich glaube, das ist doch nicht Sinn oder Zweck des Nachweises, dass er sich weiterbildet. Deshalb die Frage: Welche Gesetze oder welche Änderungen kann man hier machen, damit zum Beispiel der HNO-Arzt nur Punkte bekommt, wenn es um HNO Probleme geht. Die Ärzte beim medizinischen Dienst müssen gekonnt begutachten, mit der entsprechenden Qualifikation. Das muss auch in der Gesetzgebung irgendwie festgeschrieben werden.

Herr Dr. med. Andreas Rutz, Krisenstab „Richtgröße“ e. V.:

Ich bin seit 30 Jahren niedergelassener Arzt. Seit dem Jahr 2007 schlagen mein Praxispartner und ich uns mit dem Thema Richtgrößen rum, weil wir jedes Jahr, mit Ausnahme für das Jahr 2008, einen Brief kriegen, in dem steht, sie müssen möglicherweise 100 oder 200.000 oder irgend so eine Größenordnung in Euro bezahlen, wenn Sie sich nicht rechtfertigen. Ich könnte gar nicht hier sein, denn zuhause liegt wieder so ein Brief, wo mein Kollege und ich dem Prüfungsausschuss schreiben müssen, warum wir über 200 Patienten Heilmittel verordnet haben. Ich habe keine Angst vor diesem Thema, nur eine unheimliche Wut, das will ich eben mal loswerden.

Herr Werner Förster, Angeborene-Bindegewebs-Erkrankungen e. V.:

Meine Frage lautet: Wann wird endlich der Medizinische Dienst der Krankenkassen abgeschafft? Denn er stellt in vielen Entscheidungen, eine grundsätzliche Entmündigung der Fachärzte dar.

Frau Verona Mau, Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung:

Es geht mir um das Thema Weiterbildung und Fortbildung von medizinischem Personal, die Ärzte natürlich inbegriffen. Wir leben in einer Zeit der Dezentralisierung, in der große Einrichtungen, wo Wissen z. B. über gesundheitliche Probleme von Menschen mit Behinderung bisher verankert ist und die im Moment aufgelöst werden. Den Menschen werden Wohnangebote in der Region ermöglicht, was sehr positiv ist, aber es fehlen uns Zentren, in denen die ärztliche Expertise ausgebildet werden kann. Und deshalb noch mal meine Frage an das Versorgungsstrukturgesetz: Wie schaffen wir Strukturen, in denen ärztliches Wissen über Menschen mit schweren Mehrfachbehinderungen erworben werden kann? Wir haben ein theoretisches Fortbildungscurriculum für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung entwickelt.

Herr Mirko Harth, Humanmediziner, Institut für Inklusion:

Meine Frage ist, ob die regierende Partei einen Handlungsbedarf sieht, einzuschreiten, weil in diesem Land Menschen wegen der Selbstverwaltung regional ungleich (z. B. Arzneimittelsatz) behandelt werden? Ist beispielsweise ein Gleichheitsprinzip vorstellbar?

ANTWORTRUNDE

Frau Maria Michalk, Behindertenpolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion:

Zu Ihrer Frage Fortbildung von den Ärzten als Pflicht. Wir haben schon ein Gesetz, in dem wir die fachgerechte Weiterbildung im Gesetz mit Nachweispflicht drin haben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüfen auch diese Weiterbildungsintervalle. Von daher sehe ich zurzeit keinen Regelungsbedarf. Ich höre immer wieder, man müsse den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) abschaffen. Irgendwo muss es auch eine kassenübergreifende Qualitätskontrolle geben. Man kann darüber streiten, ob die Kompetenzverteilung hier richtig ist. Mir sind auch Zuschriften auf den Tisch gekommen, die sagen: „Wir brauchen den MDK, als Gremium, aber nicht angehängen an die Krankenkassen, die das gemeinsam tragen, sondern unabhängiger, zum Beispiel am Gesundheitsfond.“ So eine Frage kann man durchaus diskutieren, aber abschaffen werden wir ihn nicht, das kann ich Ihnen heute schon sagen. Zum Thema Weiterbildung: Sie haben Recht, dass das ärztliche Wissen theoretisch übermittelbar ist, aber dass das auch technisch, praktisch geübt werden muss. Diesen Spagat, den Sie aufgezeigt haben, gibt es. Da bin ich Ihnen dankbar, dass Sie das so konkret sagten, weil das eine Herausforderung ist. Man kann das in bestimmten Schwerpunktkrankenhäusern machen, Das gilt für alle Fachrichtungen, wir müssen die praktische Ausbildung oder Weiterbildung fördern, das muss man selbst erleben können. Bezogen auf Ihre Frage: Ärztliches Wissen über Menschen mit schweren Mehrfachbehinderung sollte in der Weiterbildung der Ärzte eine Rolle spielen, das müssen wir auf den Weg bringen.

Und die letzte Frage war der Arzneimittelsatz, unterschiedliche Höhen in den Bundesländern. Die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen teilen das auf die Länder auf. Wir sind als Bund da eigentlich außen vor. Wir machen natürlich den Ländervergleich. Wie sieht das aus? Das hat in Berlin mit Sicherheit etwas damit zu tun, dass wir in Berlin an vielen Stellen eine Überversorgung haben, gleichwohl dass wir wissen, dass, manche Bezirke in Berlin auch unterversorgt sind. Daher sind die Vergleiche mit anderen Ländern immer ganz schwierig. Diese Frage müsste man mit der Krankenversicherungen in Berlin ausdiskutieren.

Frau Mechthild Rawert, Abgeordnete der Bundestagsfraktion SPD:

Ich selber bin keine Anhängerin der Forderung Abschaffung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Wir brauchen den Medizinischen Dienst für mehrere Aufgabenstellungen. Der erste Teil war Entmündigung für Fachärzte. Es gibt immer wieder Kritik, wenn beispielsweise ein Urologe jemanden als Internist prüft. Das alleine kann nicht zu dem Thema Entmündigung für Fachärzte beitragen. Wir brauchen den MDK als Kontrolle. Des Weiteren komme ich zum Thema Kompetenz. Der MDK ist mit Sicherheit in weiten Teilen zu qualifizieren und an Kompetenzen auszubauen. Denn wer Qualität prüfen will, muss selber das Personal zur Verfügung haben, um adäquat nach Standards zu kontrollieren. Einen Punkt will ich noch aufgreifen, weil der wichtig ist. Hier wurde vorhin davon gesprochen, wo wird nach den Sozialpädiatrischen Zentren (ambulant vor stationär) das ärztliche Wissen generiert? Damit auch nach der Umsetzung von ambulant vor stationär für alle die gleiche Versorgung sichergestellt wird. Ich bin hier der Meinung, dass wir Zentren haben müssen. Ich weiß, dass es in der Community durchaus kontrovers diskutiert wird. Ich selber bin der Meinung, dass es positiv ist. Ich möchte da auch eigenständige Zentren haben. Zeitgleich allerdings möchte ich auch, dass dieses Wissen selbstverständlich auch bei allen Niedergelassenen deutlich wird. Auch hier sehr viel stärker, als bisher die MVZ´s herangezogen werden, um noch mal das ärztliche Wissen zu generieren. Ich glaube nicht dass es reicht, in Zukunft nur von Ärzten und Ärztinnen, also von medizinisch ausgebildetem Personal zu reden. Ich glaube, wir brauchen neue Kooperationen, neue Kulturen der Zusammenarbeit zwischen allen Gesundheits- und Pflegeberufen, damit es eine wohnortnahe, flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung für Menschen mit oder ohne Behinderung gibt.

Frau Birgitt Bender, Gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion

Bündnis 90/DIE GRÜNEN:

Letzterem kann ich nur zustimmen. Da müssen wir uns mit der Regierung noch einig werden, weil in dem Versorgungsgesetz wird sich doch wieder sehr stark auf die Ärzteschaft konzentriert. Natürlich brauchen wir Ärzte auf dem Land und wir brauchen auch gute Ärzte. Aber das Gesundheitswesen wird sich auch (nach Vorbild anderer Länder) stärker in Teams und in Netzen organisieren. Da sind häufig andere, auch die nichtärztlichen Gesundheitsberufe mindestens so wichtig, wie die Ärzte selber. Wir sehen das auch so, da werden wir uns ein Stück weit umorientieren müssen. Zum Thema Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK): Wenn Sie sich gegen eine Zumutung des MDK gewehrt haben und Recht bekommen haben, dann ist das eine Erfolgsgeschichte. Sie haben sich da ihr Selbstbestimmungsrecht erstritten. Natürlich kann es vorkommen, dass der MDK falsch liegt, aber das ist für meine Begriffe kein Grund ihn abzuschaffen. Der MDK ist auch zum Schutz der Patienten außerordentlich wichtig, weil so nämlich öfters Entscheidungen überprüft werden. Das betrifft auch Krankenhäuser und Ärzte und gerade in einem Solidarsystem, das von den Beiträgen aller Menschen (von 90 Prozent der Bevölkerung) lebt, muss man natürlich auch gucken, dass das Geld richtig ausgegeben wird, bzw. dass mit dem Geld auch eine gute Versorgung erreicht wird.

Zu der Fortbildung der Ärzte:

Frau Michalk hat zurecht darauf hingewiesen, dass wir die Fortbildungspflicht schon vor einigen Jahren im Gesetz verankert haben. Seitdem ist eine Menge passiert. Wir haben nicht mehr so viele pharmaindustriegesponserte Fortbildungen, trotzdem ist das Problem sicher noch nicht ganz erledigt. Die Ärz-

teschaft hat auch ein positiveres Verhältnis dazu gefunden, dass medizinisches Wissen veraltet, also müssen sie sich fortbilden, zumal sich auch ständig neue Fragestellungen ergeben und das gerade auch im Bereich von Menschen mit Behinderungen. Dort haben wir eine rasch voranschreitende Entwicklung. Stichwort Inklusion, das war vor 15 Jahren noch kein Thema. Wie kann man denn ärztliches Wissen, gerade im Bereich schwer- und mehrfachbehinderter Menschen, durch die Fortbildung gewährleisten? Es ist so, dass wir im Bundestag zwar diese Fortbildungspflicht in das Gesetz geschrieben haben, als eine allgemeine Pflicht, dass wir aber nicht und dafür sind wir auch nicht zuständig die Inhalte der Fortbildung bestimmen. Dafür sind die Ärztekammern zuständig, letztere organisieren auch diese Fortbildungen. Ich nehme das Thema aber mit und werde es in Gesprächen einfließen lassen. Ich würde aber auch Ihnen empfehlen, erst mal das Gespräch mit der Bundesärztekammer zu suchen und soweit sie auf Landesebene organisiert sind, mit den Landesärztekammern darüber zu sprechen. Damit die sich das auch zum Anliegen machen und auch entsprechende Angebote und Kompetenzbildung in der Ärzteschaft organisieren. Das Anliegen ist absolut berechtigt.

FRAGERUNDE

Herr Holger Hase, Netzwerk Selbst Aktiv (Mecklenburg-Vorpommern):

Der Behinderungsbegriff in der UN-Behindertenrechtskonvention müsste eigentlich im Sozialgesetzbuch IX in Sachen Paragraph 2 Behinderung übernommen bzw. Behinderung müsste neu gestaltet werden.

Frau Elisabeth Fix, Deutscher Caritasverband:

Ich wollte das Thema OTC (Over the Counter, das sind die nicht-verschreibungspflichtigen Medikamente) kurz ansprechen. Es gibt ja eine ganze Reihe von nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten, die Menschen mit Behinderung regelmäßig einnehmen müssen, etwa Abführmittel oder auch schleimlösende Mittel. Diese Mittel belasten das Budget von Menschen mit Behinderung. In dem Zusammenhang die Frage: Das Gesetz sieht bisher nicht vor, dass Begleiterkrankungen von Behinderungen Auslöser sein können, um ein OTC auf die Ausnahmeliste zu bringen (sozusagen auf die Positivliste zu setzen). In diesem Zusammenhang die Frage: Sehen Sie hier Handlungsbedarf und können Sie sich vorstellen im Versorgungsgesetz dieses Thema mit einzubringen?

Herr Norbert Baron, Behindertenbeauftragter der Stadt Weiterstadt:

Zuerst möchte ich fragen, ob die Frage vergessen wurde, die mit dem Hilfsmittelkatalog. Jetzt habe ich noch eine Frage: Analog zu dem Blindengeld soll es in einigen Ländern auch das „Gehörlosengeld“ geben? Wieso gibt es das nicht in allen Ländern?

Name nicht genannt:

Ich habe zwei Bitten an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. Er möge die Bundesregierung bitten, diesen Titel umzuändern in Beauftragter der Bundesregierung für die Belange für Menschen mit Behinderung. Das sollte auch so im Gesetz stehen. Das zweite: Wir verwenden nicht den Namen Schriftmittler, sondern Schriftdolmetscher. An alle Parteien: Es gibt keine Behindertenverbände, sondern es gibt nur Verbände für Menschen mit Behinderung.

Herr Patrick Bubel-Conde, Psychiatriebetroffener:

Meine erste Frage bezieht sich darauf, wie ich Diskriminierung von der Realität unterscheide, wenn es um Psychiatrie geht? Man kann jemanden mobben oder diskriminieren, wenn man sagt, er ist verrückt. Das gehört zu Mobbing oder Diskriminierung. Wie unterscheide ich denn das, ob ich wirklich verrückt bin, ob ich die Realität klar erkenne? Da spielen viele weltanschauliche Fragen eine Rolle. Wie unterscheide ich eine Diskriminierung von einem tatsächlichen Verrücktsein? Das ist meine erste Frage und

meine zweite Frage ist übergreifend. Es geht da um Krankheit allgemein. Mich interessiert, warum die Ergebnisse bei der Rohkosternährung, die Forschungsergebnisse, die es gibt, gar nicht einfließen als Heilmittel? Rohkost als Heilmittel - warum so etwas nicht thematisiert wird?

ANTWORTRUNDE

Frau Birgitt Bender, Gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion

Bündnis 90/DIE GRÜNEN:

Ernährung ist Eigenverantwortung, ob Rohkost oder nicht, die sollte man nicht über die Krankenkasse finanzieren. Die Frage „verrückt sein“, also ich begreife „verrückt sein“ als eine abwertende Beschreibung einer psychischen Erkrankung. Ob jemand eine psychische Erkrankung hat, wenn der Mensch sich nicht sicher ist, dann sollte man sich in die Hand entsprechender Experten, insbesondere zum Psychotherapeut oder zum Psychiater begeben. Die rezeptfreien Arzneimittel für Begleiterkrankungen von Behinderungen finde ich sehr bedenkenswert. Der Grund, warum so etwas nicht bezahlt wird, ist natürlich, dass gesunde Menschen keine Abführmittel brauchen. Und da wollen wir auch nicht hinkommen, dass die Industrie ihre diesbezüglichen Mittel über das Solidarsystem verkaufen kann. Aber in der Tat, mit bestimmten Behinderungen gehen solche Probleme einher und müssen dann tatsächlich medikamentös angegangen werden. Das sind dann rezeptfreie Arzneimittel. Ich finde, dass das eigentlich der Logik der Ausnahmeliste entspricht. Wenn das Standardtherapie bei schweren Erkrankungen ist, dann wird das bezahlt und daher nehme ich diese Anregung gerne mit.

Frau Mechthild Rawert, Abgeordnete der Bundestagsfraktion SPD:

Zum Thema Diskriminierung: Wer sich diskriminiert fühlt, der kann sich (zumindest in Berlin) an die Antidiskriminierungsstellen wenden, dort kann ich mir adäquat Unterstützung holen. Zum Thema Rohkost: Ich würde es auch nicht aus der Krankenkasse oder Pflegeversicherung zahlen. Ansonsten als frühes Mitglied des Ausschusses für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, sage ich allerdings, dass es darauf ankommt, gesunde Ernährung zu sich zu nehmen. Dazu gibt es verschiedenste Ansätze: Angefangen von der Kita, es gibt also entsprechende Begleit- und Bildungspläne. Ansonsten ist tatsächlich auch Ernährung ein ganz wichtiger Aspekt der Gesundheitsförderung.

Frau Maria Michalk, Behindertenpolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion:

Wie erkenne ich Diskriminierung oder wie bringe ich das in der Realität unter, was mir da begegnet. Es ist schön, wenn man eine Vertrauensperson hat, mit der oder mit denen (auch Familie/Freunde) würde ich darüber reden. Es ist wichtig, dass man darüber redet, man muss das artikulieren. Wenn man sich unsicher ist, muss man medizinische Behandlung oder andere Beratungsstellen in Anspruch nehmen. Ernährung halte ich auch für ein Privatanliegen, Zu dem Thema OTC (Over the Counter, das sind die nicht-verschreibungspflichtigen Medikamente): Es ist nicht so, dass bestimmte Abführmittel nicht verschrieben werden, es ist indikationsabhängig. Die Frage ist berechtigt, aber ich würde sie eher mit Behandlungsleitlinien oder mit der Selbstverwaltung noch mal diskutieren, bevor wir und ernsthaft entschließen es gesetzlich zu beschließen. Jedenfalls muss man darüber diskutieren, das halte ich für eine berechtigte Forderung. Warum gibt es das Gehörlosengeld nicht überall? Das ist Ländersache. Wir müssen akzeptieren, dass wir durch die föderale Struktur, eben auch unterschiedliche Leistungen in den einzelnen Ländern haben. Da werden wir uns als Bund auch nicht einmischen.

Frau Dr. Sigrid Arnade, Journalistin und Geschäftsführerin der Interessenvertretung Selbst - bestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL):

Wir haben zusammen mit anderen Behindertenverbänden das Forum behinderter Juristen beauftragt, ein Gesetz zur sozialen Teilhabe zu entwickeln und der Gesetzentwurf liegt seit Mai vor. Danach ist es dann in allen Bundesländern gerecht. Alle gehörlosen Menschen bekommen ein Gehörlosengeld.

Ich möchte mich nun ganz herzlich bedanken: Bei den Abgeordneten, die hier den Tag über für Fragen zur Verfügung standen, zugehört haben, geantwortet haben, bei Ihnen allen, die Sie hier mitgewirkt haben und nicht müde wurden, sich zu melden und sich einzubringen. Ganz besonders bei den GebärdensprachdolmetscherInnen und SchriftdolmetscherInnen, bei Herrn Hüppe dafür, dass er die Veranstaltung überhaupt organisiert hat, bei seinem ganzen Arbeitsstab und den Technikern im Hintergrund, die das Ganze möglich machen.

Schlusswort

Herr Hubert Hüppe, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen:

Sehr geehrte Abgeordnete, meine Damen und Herren, es heißt ja Schlusswort und nicht Wörterbuch. Gedankt worden ist bereits allen durch Frau Dr. Arnade. Natürlich bedanke ich mich auch ganz herzlich bei Frau Dr. Arnade für die gelungene Co-Moderation. Und an dieser Stelle gilt mein besonderer Dank auch dem gesamten Team von AS 1, insbesondere Frau Knies, Frau Freund und Herrn Dingens, die die Hauptlast sowohl organisatorisch als auch inhaltlich geschultert haben. Weiter möchte ich mich auch beim Catering und bei den Hausmeistern des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales bedanken, die uns hier mit unterstützt haben. Spezieller Dank gilt Herrn Kögler, der als technischer Betreuer eingesprungen ist und auch Frau Graumann, die uns als Veranstaltungsmanagerin unterstützt hat. Und mein Dank gilt ebenfalls den Parlamentariern. Wir konnten viele Abgeordnete begrüßen, das ist ein gutes Ergebnis. Ohne Sie hätte ein Austausch nicht stattfinden können.

Wir diskutieren das Thema weiter, stehen jetzt allerdings am Ende dieser langen Tagungsreihe „Teilhabe braucht Gesundheit“. Gesundheit ist eine Grundvoraussetzung für Teilhabe. Ich hoffe, dass wir das eine oder andere der Politik mit auf den Weg geben konnten.

Wir diskutieren das Thema weiter, stehen jetzt allerdings am Ende dieser langen Tagungsreihe „Teilhabe braucht Gesundheit“. Gesundheit ist eine Grundvoraussetzung für Teilhabe. Ich hoffe, dass wir das eine oder andere der Politik mit auf den Weg geben konnten.

Mein Arbeitsstab und ich als Behindertenbeauftragter werden auch weiterhin versuchen, die Menschen mit Behinderung einzubinden. Wir haben gesehen, dass es ein hohes Interesse gibt, mit Politikern ins Gespräch zu kommen.

Ich wünsche Ihnen einen schönen Restabend, dass Sie zufrieden nach Hause gehen. Und verzeihen Sie bitte, falls das eine oder andere nicht barrierefrei geklappt hat. Bleiben Sie uns bitte treu, Sie sind die Experten! Ich hoffe, dass Sie uns auch in Zukunft so gut beraten. Alle wissen, es gibt die Inklusionslandkarte, das Kulturprogramm und den Newsletter. Bitte geben Sie diese Informationen weiter und treten Sie mit uns in Kontakt. Kommen Sie gut nach Hause.



Pressegespräch des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Hubert Hüppe, und seines Arbeitsstabes mit Pressevertretern und Pressevertreterinnen



IMPRESSUM

HERAUSGEBER UND ORGANISATOR

Beauftragter der Bundesregierung
für die Belange behinderter Menschen, Berlin

GRAFISCHE GESTALTUNG

Enno Hurlin, Berlin

DRUCK

Druckerei des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Bonn