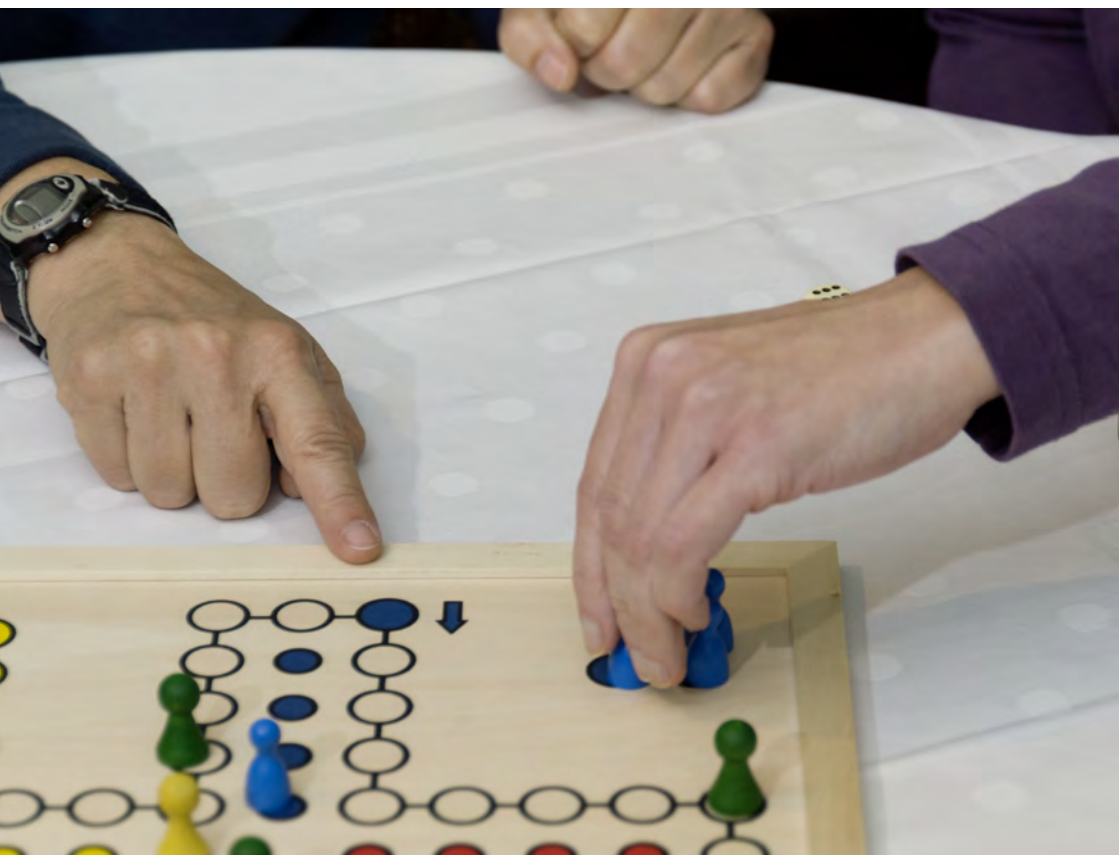


Assistenz – selbstbestimmt



Inhalt

- 3** Liebe Leserinnen und Leser
- 4** Pflege, Assistenz und Machtfragen
- 6** Konzertierte Aktion Pflege
Für mehr Wertschätzung, bessere Arbeitsbedingungen und gerechte Bezahlung
- 8** Das »Arbeitgebermodell« in der »Persönlichen Assistenz«
- 11** Assistenzleistungen nach Sozialgesetzbuch IX
- 18** Das geht uns etwas an: Die neue Versorgungsmedizin-Verordnung
- 20** Schweizer Eid
- 22** Warum Frauen von Istanbul einen besseren Gewaltschutz erhoffen
- 24** Startschuss für zweite Staatenprüfung Deutschlands zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention
- 26** Neues vom UN-Fachausschuss:
Mehr Kontrollen von Heimen – aber mit Betroffenen
- 27** Neues von der Deutschen Bahn
- 28** Neue Bahn-App für barrierefreies Reisen
- 30** Rezension: Thomas Meinertz, Ärztliche Kunst.
Was einen guten Arzt ausmacht.
- 32** »Dr. Hontschiks Diagnose«: Totalschaden –
Wie die Krankenhausfinanzierung die Medizin zerstört

Impressum

Fotonachweis: Titelbild, S. 5, 7: Enno Hurlin / S. 6 BMG – Schinkel
S. 25 HGH



Herausgeberin:

LEBENSNERV – Stiftung zur Förderung der psychosomatischen MS-Forschung
Liebstockweg 14, 13503 Berlin

Tel.: (0 30) 4 36 35 42
Fax: (0 30) 4 36 44 42
e-mail: info@lebensnerv.de
web: www.lebensnerv.de

Stiftungsvorstand:

Dr. Sigrid Arnade
Susanne Same (geb. Wolf)
Gudula Oster

V.i.s.d.P.:

Dr. Sigrid Arnade

Redaktion:

H.-Günter Heiden

Gestaltung:

Enno Hurlin

Druck:

Oktoberdruck

Erscheinungsweise:

FORUM PSYCHOSOMATIK
(gegründet 1992 als »Rundbrief«)
erscheint zweimal jährlich, kostenlos,
auch auf Audio-CD und als
barrierefreie PDF-Datei

Die Stiftung ist als gemeinnützig
anerkannt. Spendenbescheinigungen
werden ausgestellt.

Bankverbindung:

IBAN: DE42 3701 0050 0214 5395 01
BIC: BPNKDEFF

Liebe Leserinnen und Leser

MS ist eine unheilbare Krankheit. Das steht in allen seriösen Schriften zu dem Thema, und das wissen die Betroffenen. Gleichzeitig wächst die Zahl der Medikamente gegen diese Erkrankung unaufhörlich, so dass es immer schwieriger wird, den Überblick zu behalten. Es gibt sicherlich bei fast allen MS-Medikamenten einige Betroffene, die gute Erfahrungen damit gemacht haben. Ein Heilmittel existiert jedoch bislang leider nicht.

Die Zahl der Menschen mit MS, deren Symptome von außen kaum wahrnehmbar sind, ist viel größer als man lange angenommen hat. Dennoch gibt es viele MS-Betroffene, die auf Hilfsmittel angewiesen sind und die vielleicht irgendwann nicht mehr selbstständig leben können. Was passiert dann? Ist es dann aus mit einem selbstbestimmten Leben, mit Spaß, Reisen und anderen Aktivitäten? Wir zeigen in diesem Heft in einigen Texten, dass es auch anders geht. Auch ein Mensch, der in hohem Maß auf Unterstützung angewiesen ist, kann nämlich ein selbstbestimmtes Leben führen, wenn er*sie von Assistent*innen unterstützt wird, die auf seinen*ihrn Wunsch hin

das machen, was er*sie alleine nicht kann.

Aber wie lässt sich das realisieren bei einer ordentlichen Bezahlung der Assistent*innen angesichts des offensichtlichen Pflege-notstandes. Was ist die Konzertierte Aktion Pflege, die drei Bundesminister*innen wegen der schwierigen Pflegesituation gestartet haben? Diesen Fragen gehen wir in diesem Heft nach.

An Sie, liebe Leserinnen und Leser, möchte ich appellieren, nicht aufzugeben und sich nicht bescheiden zurückzuziehen, wenn die körperlichen Möglichkeiten nachlassen. Natürlich gibt es Phasen, in denen man*frau sich schwach fühlt, den Verlust an Fähigkeiten betrauert und keine Kraft zum Kämpfen übrig ist. Aber dann kommen bestimmt auch wieder Zeiten, in denen die Lebenslust erneut erwacht und es sich lohnt, für ein selbstbestimmtes Leben einzutreten. Ich wünsche Ihnen, dass Sie immer Perspektiven sehen, die Kraft finden, sich für deren Verwirklichung einzusetzen und Sie dabei erfolgreich sind!

Ihre



Dr. Sigrid Arnade

Pflege, Assistenz und Machtfragen

Viele behinderte, chronisch kranke und vor allem alte Menschen sind auf Hilfe und Unterstützung angewiesen, um ihren Alltag bewältigen zu können. Vielleicht brauchen sie nur etwas Unterstützung im Haushalt oder beim Einkaufen, vielleicht sind sie aber rund um die Uhr auf Hilfe angewiesen.

Traditionell spricht man von der »Pflege« behinderter, kranker oder alter Menschen. Dabei verbindet man mit pflegebedürftigen Menschen solche, über die die Pflegenden bestimmen, die also fremdbestimmt leben. Nicht von ungefähr wird auch häufig von »Pflegefällen« gesprochen. Pflegebedürftigen Menschen werden keine eigenverantwortlichen Entscheidungen zugetraut, von ihnen wird jedoch Dankbarkeit gegenüber den Pflegekräften erwartet.

Die Pflegenden übernehmen die Verantwortung für die von ihnen Gepflegten. Im besten Fall berücksichtigen sie deren Wünsche und Bedürfnisse, im schlechtesten Fall benutzen sie die Pflegebedürftigen, um Macht auszuüben. In jedem Fall haben die traditionellen

Pflegeverhältnisse viel mit Macht und Ohnmacht zu tun, wobei klar ist, wem welche Rolle zugedacht wird.

Die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung hat mit der Definition der Assistenz und der Erfindung des Arbeitgebermodells dieses Machtverhältnis umgedreht. Der pflegebedürftige Mensch ist derjenige, der Assistenz braucht. Er*sie fungiert als Arbeitgeber*in gegenüber den Assistent*innen und bestimmt somit über alle Aspekte des eigenen Lebens, auch wenn er*sie 24 Stunden am Tag Assistenz braucht. Er*sie führt ein **selbstbestimmtes** Leben, auch ohne **selbständig** zu sein.

Eigentlich ist die Situation vergleichbar mit einem Besuch der Bundeskanzlerin in China. Sie kann kein Chinesisch und wäre ohne Unterstützung durch Dolmetscher*innen ziemlich aufgeschmissen. Niemand käme auf die Idee, ihr Dolmetscher*innen zur Seite zu stellen, die bestimmen, wann sie aufsteht, was sie anzieht, wann und was sie isst und wie sie ihren Tag verbringt. Es ist vielmehr selbstverständlich, dass Dolmetscher*in-

nen bestellt und bezahlt werden und aktiv werden, wenn die Kanzlerin es wünscht. Frau Merkel agiert entsprechend in China genauso selbstbestimmt wie in Deutschland und verliert ihre Selbstbestimmung nicht aufgrund ihrer Unkenntnis der chinesischen Sprache.

Entsprechend verlieren Menschen, die auf Unterstützung angewiesen sind, nicht automatisch die Kontrolle über ihr Leben, wenn sie die notwendige Unterstützung im Arbeitgebermodell (siehe dazu den Artikel von Horst Frehe in dieser Ausgabe) organisieren können.



Assistenz beim Einkaufen

Die Minister
Heil, Spahn
und Giffey



Konzertierte Aktion Pflege

Für mehr Wertschätzung, bessere Arbeitsbedingungen und gerechte Bezahlung

Mit einer gemeinsamen Kraftanstrengung will die Bundesregierung mehr Menschen für die Pflege begeistern. Dafür haben Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dr. Franziska Giffey und der Bundesminister für Arbeit und Soziales, Hubertus Heil, die »Konzertierte Aktion Pflege« in Berlin gestartet.

Ziel ist, den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften spürbar zu verbessern, die Pflegekräfte zu entlasten und die Ausbildung in der Pflege zu stärken.

Zusammen mit den relevanten Akteuren der Pflege sollen dazu innerhalb kürzester Zeit konkrete Maßnahmen erarbeitet werden.

Verbindliche Maßnahmen für bessere Arbeitsbedingungen

Die »Konzertierte Aktion Pflege« bezieht alle Akteure ein: Pflegeberufs- und Pflegeberufsausbildungsverbände, Verbände der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, die Kirchen, Pflege- und Krankenkassen, Betroffenenverbände, die Berufsgenossenschaft, die Bundesagentur für Arbeit sowie die Sozialpartner. Sie sollen ge-

meinsam mit Bund und Ländern konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Situation der beruflich Pflegenden entwickeln und deren Umsetzung verbindlich festhalten. Die Maßnahmen sollen binnen eines Jahres gemeinsam mit weiteren Expertinnen und Experten in einem Dachgremium und fünf themenbezogenen Arbeitsgruppen entwickelt werden.

Fünf Arbeitsgruppen entwickeln konkrete Maßnahmen

Um konkrete Maßnahmen zu erarbeiten, setzt die Konzentrierte Aktion Pflege fünf Arbeitsgruppen ein.

Die »Konzertierte Aktion Pflege« ist ein gemeinsames Projekt der drei Bundesministerien. Koordiniert wird die Aktion vom Bundesgesundheitsministerium, das eine Geschäftsstelle einrichtet.

Arbeitsgruppe 1 »Ausbildung und Qualifizierung«

Arbeitsgruppe 2 »Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung«

Arbeitsgruppe 3 »Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung«

Arbeitsgruppe 4 »Pflegerkräfte aus dem Ausland«

Arbeitsgruppe 5 »Entlohnungsbedingungen in der Pflege«

(aus einer Pressemeldung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 3. Juli 2018)



Assistenz auf Augenhöhe

Horst Frehe

Das »Arbeitgebermodell« in der »Persönlichen Assistenz«

In der gegenwärtigen Diskussion um die Verbesserung der Pflegequalität wird in der Regel darauf abgehoben, dass

1. die Personalausstattung von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen verbessert,
2. die Ausbildung und Personalgewinnung durch eine höhere Attraktivität des Pflegeberufes erleichtert,
3. Berufswechsler zum Pflegeberuf zurück- und Teilzeitkräfte für eine dauerhafte Vollzeitbeschäftigung gewonnen werden sollen,
4. die Pflegedienste einer stärkeren Qualitätskontrolle unterzogen werden sollen und
5. durch eine bessere Bezahlung und Arbeitszeit der Beruf für Frauen und Männer attraktiver werden soll.

Völlig ausgeblendet werden die Diskussionen, die im Behindertenbereich über »Persönliche Assistenz« und das »Arbeitgebermodell« geführt worden sind. Dabei können diese Konzepte einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Qualität in der Pflege und zur Lösung der Personal- und Kapazitäts-

fragen leisten. »Persönliche Assistenz« im »Arbeitgebermodell« sind nicht nur von der Behindertenbewegung seit langem geforderte Leistungsformen für ein selbstbestimmtes Leben, sondern könnten in der gegenwärtigen Debatte eine Teillösung anbieten.

Der Vorteil der »Persönlichen Assistenz« ist die nicht-entmündigende Erbringung von Unterstützungsleistungen, die unter Einbeziehung der Kompetenzen der Nutzer*innen sowohl für die Pflegenachfrage, für Qualitätsfragen, für die Teilhabeorientierung und für die Bedarfsdeckung eigenständige Lösungen anbietet.

Die Behindertenbewegung in Deutschland hat bereits in den 1990er Jahren »Persönliche Assistenz« wie folgt bestimmt:

»Persönliche Assistenz ist jede Form der persönlichen Hilfe, die Assistenznehmerinnen und Assistenznehmer in die Lage versetzt, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten. Sie umfasst sowohl Behandlungspflege, Grundpflege, Haushaltshilfe, Mobilitätshilfen und

Begleitung als auch Schul-, Ausbildungs- und Arbeitsassistenz, sowie auch kommunikative Hilfen durch Gebärdensprachdolmetscher und Vorlesekräfte. Sie kann hohes fachliches Können voraussetzen oder keine besondere Qualifikation erfordern. Sie erfolgt aber grundsätzlich unter Verantwortung von Assistenznehmerinnen und Assistenznehmern, die Zeit, Umfang, Ort und Ablauf der Hilfen bestimmen und die Assistentinnen und Assistenten auswählen. Assistenznehmerinnen und Assistenznehmer sind daher nicht Objekte, an denen Hilfeleistungen erbracht werden, sondern bestimmen als Subjekte über ihre Persönliche Assistenz selbst.«

Danach kann von Persönlicher Assistenz gesprochen werden, wenn folgende sechs Kriterien mindestens erfüllt sind:

Personalkompetenz: Assistentinnen und Assistenten selbst auswählen und auch ablehnen zu können - und nicht das Personal des Pflegedienstes oder der Einrichtung akzeptieren zu müssen,

Organisationskompetenz: Einsätze und Zeiten der Hilfen planen zu können – und nicht von dem Einsatzplan des Pflegedienstes oder dem Dienstplan des Heimes im Alltag abhängig zu sein,

Anleitungskompetenz: Über Form, Art, Umfang und Ablauf der Hilfen im Einzelnen bestimmen zu können – und nicht durch die sogenannte Fachkompetenz der Pflegekräfte entmündigt zu werden,

Raumkompetenz: Den Ort der Leistungserbringung festlegen zu können – und die Hilfe nicht nur innerhalb der Wohnung zu erhalten,

Finanzkompetenz: Die Bezahlung der Hilfen kontrollieren – und die korrekte Leistungserbringung überprüfen zu können.

Differenzierungskompetenz: Die Hilfen nach eigener Entscheidung von verschiedenen Personen oder Anbietern oder aus einer Hand abfordern zu können – und nicht von den Leistungsdefinitionen in Kostensatzvereinbarungen der Anbieter abhängig zu sein.

Ein so gestaltetes Assistenzverhältnis schafft sowohl für die Assistenznutzer*innen als auch für die Assistent*innen eine Atmosphäre sinnvoller Arbeit, weil die Assistent*innen an der Unterstützung der Selbstbestimmung behinderter Menschen teilhaben können. Mit der Anstellung der Assistenten als besondere Pflegekräfte im Arbeitgebermodell nach § 63b Abs. 4 SGB XII wird ein persönliches Leistungsverhältnis begründet, das nicht durch Profitinteressen eines Leistungsanbieters, bauliche Struk-

turen, Restriktionen durch Dienstpläne, Weisungen von Vorgesetzten oder sonstigen Einflüssen durch Dritte deformiert wird. Eine ausbalancierte Gestaltung von Anforderungen und Rechten könnte der Tätigkeit als Assistent*in eine neue Anziehungskraft geben.

Als Restriktionen erweisen sich allerdings derzeit von Kostenträgern erzwungene Niedriglöhne, höhere Kosten als bei einer stationären Versorgung, fehlende Akzeptanz bei den Leistungsträgern, die Ideologie, dass Behinderte und Pflegebedürftige mit hohem Hilfebedarf ins Heim gehören, fehlende Beratung und Unterstützung Behinderter bei Wahrnehmung ihrer Arbeitgeberrolle und Unkenntnis über diese Gestaltungsmöglichkeit.

Durch die »Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung« (EUTB) kann im Rahmen der Bedarfsermittlung verstärkt auf diese Gestaltungsmöglichkeit hingewiesen und Unterstützung bei der Bewilligung der Leistungen und der Umsetzung der Persönlichen Assistenz im Arbeitgebermodell geleistet werden.

Mit drei Reformansätzen könnte auch der rechtliche und finanzielle Rahmen für die Umsetzung der »Persönlichen Assistenz« im »Arbeitgebermodell« verbessert und damit ein Beitrag zur Verbesserung der Situation von Pflegebedürftigen geleistet werden:

Erweiterung der sozialen Sicherung von nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen durch Beiträge zur gesetzlichen **Krankenversicherung**,

Übertragung der Absicherung von nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen auf die Beschäftigung persönlicher Assistent*innen im **Arbeitgebermodell** durch Finanzierung über die Pflegekassen und

Erweiterung der Spielräume für die tägliche und wöchentliche Arbeitszeit bei der persönlichen Assistenz im Arbeitgebermodell durch eine Erweiterung der **Ausnahmeregelung** im Arbeitszeitgesetz (ArbZG).

Horst Frehe ist ehemaliger Sozialrichter, rechtspolitischer Sprecher der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL) und Mitglied im Forum behinderter Juristinnen und Juristen (FbJJ)

Horst Frehe

Assistenzleistungen nach Sozialgesetzbuch IX

Seit dem 1. Januar 2018 ist der Anspruch auf Assistenzleistungen im Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) in § 78 SGB IX als zentrale Leistung der sozialen Teilhabe geregelt: Danach sind Assistenzleistungen im Bereich der sozialen Teilhabe alle Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderungen, die zu einer selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltages einschließlich der Tagesstrukturierung nötig sind. Sie umfassen zum Beispiel Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags, Hilfen bei der Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilnahme am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Freizeitgestaltung einschließlich Sport und auch die Sicherstellung der Einnahme notwendiger Medikamente.

Diese Assistenzleistungen sind jedoch nicht mit dem Konzept der »Persönlichen Assistenz«, das im vorangegangenen Artikel dargestellt wurde, zu verwechseln, obwohl sie vom Begriff her ähnlich klingen.

Assistenzleistungen sind auch in anderen Bereichen (wie z. B. Bildung) möglich, dazu unten mehr. Die Übertragung in Leichte Sprache, der Einsatz von Gebärdensprachdolmetscher*innen oder Vorlesekräfte gehören ebenfalls dazu. Die Finanzierung kann auch über verschiedene Träger erfolgen. Im SGB IX gibt es verschiedene Formen von Assistenz: Zum einen wird unterschieden, ob die Unterstützung Handlungen einer beeinträchtigten Person »ersetzt« oder ob sie zu Handlungen »befähigt«. Zum anderen gibt es Assistenzleistungen, die über den Bereich der sozialen Teilhabe hinausgehen. Das alles soll im Folgenden genauer erklärt werden.

Die zwei grundlegenden »Formen« der Assistenzleistung im SGB IX

Der § 78 SGB IX unterscheidet grundsätzlich zwei Formen der Assistenzleistungen in der sozialen Teilhabe:

1. Die vollständige und teilweise Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung sowie

- die Begleitung der Leistungsberechtigten und
2. die Befähigung der Leistungsberechtigten zu einer eigenständigen Alltagsbewältigung.

Was bedeutet das? Die Assistenzleistungen unter der Nr. 1 ersetzen z. B. den eigenen Einsatz von Armen und Beinen, wenn Menschen mit Behinderungen die Tätigkeit aufgrund der Beeinträchtigung nicht mehr selbst verrichten können.

Unter der Nr. 2 ist dagegen die pädagogische Anleitung, Schulung und Ausbildung für Alltags-tätigkeiten gemeint. Also wenn die*der Berechtigte die Tätigkeit eigentlich körperlich verrichten könnte, aber z. B. wegen einer geistigen Beeinträchtigung nicht kann. Er*Sie soll dann die notwendige Ausbildung, Unterstützung, Anweisung oder Anleitung durch eine*n Assistent*in bekommen.

Bei den Assistenzleistungen der Nr. 1 werden keine besonderen Qualifikationen für den*die Assistent*in verlangt, da sie unter Anleitung der Assistenznehmer*innen durchgeführt werden. Bei der Nr. 2 wird eine pädagogische Qualifikation vorausgesetzt.

Die Assistenz für Eltern als neue Assistenzform

Unter Assistenzleistungen in der sozialen Teilhabe nach § 78 Abs. 3 SGB IX sind jetzt erstmalig auch

die **Elternassistenz** und die **begleitete Elternschaft** gesetzlich als Anspruch festgeschrieben worden. Beides verfolgt denselben Zweck, nämlich Menschen mit Behinderungen zu erleichtern, Vater oder Mutter zu sein.

Unter **Elternassistenz** versteht man Unterstützungsleistungen, die es körperbehinderten Eltern ermöglichen, ihre Aufgaben als Eltern zu erfüllen (also ein Fall von Assistenz, wie oben unter Nr. 1 beschrieben). Das kann z. B. die Unterstützung eines querschnittgelähmten Vaters beim Wickeln oder Baden des Kindes sein. Aber auch die Begleitung zum Kindergarten oder beim Spielen zu Hause.

Die **begleitete Elternschaft** richtet sich an Eltern mit geistiger, psychischer oder intellektueller Beeinträchtigung, die deswegen in der Erziehung Unterstützung benötigen (also ein Fall von Assistenz, wie oben unter Nr. 2 beschrieben). Es geht hierbei um die Erziehung der Kinder, die von den Eltern nur bedingt oder nur mit dieser Unterstützung wahrgenommen werden kann. Damit soll das Menschenrecht auf Elternschaft auch für Menschen mit Behinderungen sichergestellt werden, die dieses nicht ohne Unterstützung bewerkstelligen können. Artikel 23 Abs. 4 UN-BRK gibt behinderten Eltern das Recht, mit den eigenen Kindern in einer Familie zu leben und

sie aufzuziehen. Dieses wird nur dadurch eingeschränkt, wenn ein Gericht den Verbleib des Kindes in der Familie als »Kindeswohlgefährdung« qualifiziert. Ohne diese »Assistenz« beim Erziehen der Kinder kommt es häufig dazu, dass das Jugendamt das Kind aus der Familie nimmt und bei Pflegeeltern oder im Heim unterbringt, weil das Jugendamt das »Kindeswohl« als gefährdet ansieht.

Welche Kosten werden im Kontext einer Assistenz erstattet?

Der Absatz 4 des § 78 SGB IX umfasst auch die mit der Assistenz für die Begleitperson verbundenen **Nebenkosten**. Damit sind diejenigen Kosten gemeint, die dem*der Assistenzgeber*in entstehen: Das können neben den Fahrt- und Reisekosten auch Eintrittspreise beim Besuch von Sport- und Kulturveranstaltungen, Verpflegungskosten usw. sein.

Auch bei einer **ehrenamtlichen Tätigkeit** können die angemessenen Kosten für Assistenzleistungen nach § 78 Abs. 5 SGB IX übernommen werden. Allerdings soll möglichst auf die unentgeltliche Unterstützung vorrangig im Rahmen familiärer, freundschaftlicher, nachbarschaftlicher oder ähnlicher persönlicher Beziehungen zurückgegriffen werden. Damit soll die Leistung vor allem nur direkt entstandene Kosten ersetzen und kei-

ne Entlohnung für die Assistent*innen enthalten.

In der Realität wird das aber nur selten so funktionieren: Dieses Konzept wird insbesondere bei der Assistenz für eine regelmäßig ausgeübte ehrenamtliche Tätigkeit – z. B. als Vorstand einer Behindertenorganisation oder eines Sportvereins oder als Gemeinderat in einem Wahlamt – scheitern. Ebenfalls ist die notwendige Inanspruchnahme von Gebärdensprachdolmetscher*innen in der ehrenamtlichen Tätigkeit nicht durch Angehörige und Freund*innen umzusetzen. Dann kommt auch eine Finanzierung professioneller Assistenzleistungen nach §§ 78 Abs. 1, 82 SGB IX in Betracht.

Die Finanzierung von **Bereitstellungsdiensten** etwa im Bereich körperlich, geistig oder psychisch beeinträchtigter Menschen kann über den Absatz 6 des § 78 SGB IX sichergestellt werden. Eine Rufbereitschaft kann z. B. bei einer Servicewohnung, einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft oder einem sozialpsychiatrischen Krisendienst einsatzunabhängige Grundkosten verursachen, die nach dieser Vorschrift übernommen werden können.

Assistenz im Arbeitsleben, in der Bildung und bei Krankenhausaufenthalten

Nach § 49 Abs. 8 Satz 1 Nr. 3 SGB IX gehört die Übernahme der Kos-

ten einer notwendigen **Arbeitsassistentenz** für schwerbehinderte Menschen als Hilfe **zur Erlangung eines Arbeitsplatzes** zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Leistung wird für bis zu 3 Jahre von dem hierfür zuständigen Rehabilitationsträger finanziert.

Anspruch auf Übernahme der Kosten einer notwendigen **Arbeitsassistentenz** besteht auch **zur Sicherung eines bereits bestehenden Beschäftigungsverhältnisses** eines schwerbehinderten Menschen. Kostenträger hierfür ist das Integrationsamt im Rahmen der Zuständigkeit für die begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 Abs. 5 SGB IX).

Die Ausführung der Leistung erfolgt in beiden Fällen von Beginn an durch das Integrationsamt, ggf. in Abstimmung mit dem zuständigen Rehabilitationsträger.

Assistenzleistungen werden auch als **Kindergartenassistentenz, Schulassistentenz oder Schulbegleitung sowie in der schulischen Ausbildung und im Studium** nach § 75 SGB IX erbracht. In allen Fällen soll sie die vollständige und gleichberechtigte Teilhabe an den Bildungsprozessen ermöglichen und unterstützen. Die inklusive Förderung, Erziehung, Bildung und Unterrichtung selbst ist keine Assistenz und muss von der jeweiligen Bildungseinrichtung (wie etwa Kindergarten, Schule und Hochschule) auf der Grundlage der jeweili-

gen landesgesetzlichen Regelung erbracht werden.

Assistenzleistungen können auch die medizinische Beaufsichtigung, Krankenpflege oder Überwachung von gesundheitlich schwer beeinträchtigten Menschen in diesen Bildungsprozessen sein. Hierbei handelt es sich um eine **Leistung der Häuslichen Krankenpflege** im Rahmen der Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V. Diese Leistung wird von der Krankenkasse bezahlt. Z. B. kann bei einem Kind im Kindergarten mit einem schlecht eingestellten Diabetes mellitus eine medizinisch qualifizierte Kindergartenassistentenz erforderlich sein, die in kurzen Abständen den Blutzuckerspiegel überprüft und wenn nötig Insulin spritzt. Auch bei einem Schulkind mit Beatmungsnotwendigkeit kann eine intensivmedizinisch ausgebildete Krankenpflegekraft als Schulassistentin mit ständiger Anwesenheit erforderlich sein. In beiden Fällen muss die »medizinische Assistenzleistung« von einem Arzt oder einer Ärztin verordnet und von der Krankenkasse gestellt oder finanziert werden.

Auch im **Krankenhaus oder bei einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme** kann die Anwesenheit und Unterstützung durch Assistent*innen erforderlich sein: Nämlich dann, wenn der außergewöhnliche Unterstützungsaufwand oder die Kommuni-

kation nicht von den dort beschäftigten Pflegekräften erbracht werden kann. Organisiert ein behinderter Mensch seine Persönliche Assistenz im Rahmen des Arbeitgebermodells durch sogenannte ‚besondere Pflegekräfte‘ (nach § 63b Absatz 6 Satz 1 SGB XII) selbst, so hat er*sie nach § 11 Abs. 3 SGB V einen Anspruch darauf, dass diese auf Kosten der Krankenkasse in das Krankenhaus mitaufgenommen werden und die Assistenz vom jeweiligen Leistungsträger weiter finanziert wird.

Wichtige Änderungen bei Assistenzleistungen ab dem Jahr 2020

Im Jahre 2020 treten die neuen Regelungen zur **Eingliederungshilfe im Teil 2 des SGB IX** in Kraft. Mit Blick auf Assistenzleistungen zieht das mindestens zwei wichtige Änderungen nach sich:

Die Assistenzleistungen zur sozialen Teilhabe werden dann nach § 103 Abs. 2 SGB IX für Menschen mit Behinderungen, die in der eigenen Wohnumgebung außerhalb von Wohnheimen leben, **insgesamt als Eingliederungshilfeleistungen** erbracht – egal ob sie vorher der Eingliederungshilfe oder der Hilfe zur Pflege zugeordnet waren. Voraussetzung ist, dass Eingliederungshilfeleistungen bereits vor Erreichen der Altersgrenze bezogen worden sind. Menschen, die schon im Rentenalter sind, kön-

nen ihre Hilfe zur Pflege nur nach den Vorschriften des SGB XII erhalten, d.h. sie müssen einen größeren Teil ihres Einkommens und Vermögens und das ihrer Ehepartner einsetzen, bevor sie die Leistungen bekommen. In diesem Fall werden die Eingliederungshilfeleistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem Sozialhilferecht erbracht.

In § 104 Abs. 2 SGB IX ist dann geregelt, dass **abweichend von den Wünschen** der*des Leistungsberechtigten (also hier: dem*der Assistenznehmer*in), die **Leistungen gemeinsam erbracht** werden können (das sogenannte »Poolen«): Entweder nur in »**Besonderen Wohnformen**« – also Behindertenheimen oder betreuten Wohngemeinschaften – oder eben nur für mehrere Leistungsberechtigte **gleichzeitig** (§ 116 Abs. 2 SGB IX). Bedingung dafür ist, dass die »gemeinsame« Erbringung der Leistung **zumutbar** ist und die **Kosten der individuellen Assistenzleistung** in der eigenen Wohnung diese **unverhältnismäßig übersteigen**. Bisher regelt diese Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechtes § 13 SGB XII. Dadurch wird der Vorrang ambulanter vor teilstationären und stationären Leistungen eingeschränkt, wenn die ambulante Leistung mit **unverhältnismäßigen Mehrkosten** verbunden ist. Diese Regelung gilt bis 2020.

Ob diese Einschränkung des Anspruchs auf Assistenzleistungen in der eigenen Wohnung verfassungskonform ist und den Menschenrechten entspricht, ist umstritten.

Assistenzleistungen und die UN-Behindertenrechtskonvention

In der UN-BRK wird an verschiedenen Stellen die Verpflichtung für die Vertragsstaaten ausgesprochen, Menschen mit Behinderungen durch Bereitstellung von Assistenzleistungen die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen.

Artikel 19 der UN-BRK behandelt die »Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft«: Hier werden die Vertragsstaaten verpflichtet, wirksame und geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen in den vollen Genuss ihrer Rechte kommen zu lassen und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu ermöglichen. Die Unterstützung soll so gestaltet werden, dass sie selbst entscheiden können, wo und mit wem sie leben wollen. Das bedeutet auch, dass sie nicht verpflichtet werden dürfen, in besonderen Wohnformen, d.h. in »Behinderteneinrichtungen« zu leben. Persönliche Assistenz ist dort als bevorzugte Leistungsform,

die von den Unterzeichnerstaaten bereitzustellen ist, ausdrücklich genannt. Damit steht die Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechtes in der Eingliederungshilfe im Widerspruch zu diesem allgemein formulierten Menschenrecht. Fälschlicherweise wurde der Titel von Artikel 19 mit »unabhängige Lebensführung« und nicht mit »selbstbestimmt Leben« übersetzt.

Ob mit den Regelungen über Assistenzleistungen im SGB IX – insbesondere den besonderen Vorschriften für die Eingliederungshilfe im Teil 2 des SGB IX ab 2020 – die Vorgaben der UN-BRK vollständig umgesetzt wurden, darf daher bezweifelt werden.

Vonseiten der Vereinten Nationen (bzw. der UN) gibt es sogar eine Äußerung zur deutschen Praxis: In den sogenannten ‚Abschließenden Bemerkungen‘ des Fachausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu dem ersten Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland wird empfohlen:

- *»Schritte [...] zu unternehmen, um durch umfangreichere soziale Assistenzdienste Inklusion, Selbstbestimmung und die Entscheidung, in der Gemeinschaft zu leben, zu ermöglichen;*
- *ausreichende Finanzmittel verfügbar zu machen, um die Deinstitutionalisierung [das bedeutet grob: die Abkehr von Unterbringung in Einrichtungen] zu*

erleichtern und die unabhängige Lebensführung zu fördern, [... und]

- *den Zugang zu Programmen und Leistungen zu verbessern, die das Leben in der Gemeinschaft unterstützen und behinderungsbedingte Aufwendungen decken.«*

Aus diesen Bemerkungen des Ausschusses geht hervor, dass die jetzigen Regelungen zu den Assistenzleistungen und ihre Umsetzung noch nicht den Standards der Menschenrechte in der UN-BRK entsprechen.

Fazit: Die Bedeutung der Assistenzleistungen für die gleichberechtigte Teilhabe

Mit den Änderungen im SGB IX durch das Bundesteilhabegesetz werden Assistenzleistungen zum zentralen Anspruch der sozialen Teilhabe. Es wird anerkannt, dass sie für die Verwirklichung des Menschenrechts auf eine volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe unbedingt notwendig sind. Die Form der Leistungserbringung soll vorrangig im eigenen häuslichen Wohnumfeld und inklusiv in der Gesellschaft erfolgen. Die Assistenzleistungen müssen in Art, Umfang, Form und Qualität den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen entsprechen und ortsnah, individuell und rechtzeitig zur Verfügung stehen.

Dafür haben die Rehabilitationsträger die Strukturverantwortung (§ 12 SGB IX) und die Länder ab 2020 den »Sicherstellungsauftrag« (§ 95 SGB XII). »Strukturverantwortung« meint, dass die Rehabilitationsträger sicherstellen müssen, dass das Angebot an Assistenzleistungen auch tatsächlich in geeigneter Form überall zur Verfügung steht. Die Länder müssen »sicherstellen«, dass in ihrem Bundesland ausreichende und flächendeckende Angebote vorhanden sind. Der Bedarf an Assistenzleistungen für die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe ist in einem Teilhabeplanverfahren und einem Gesamtplanverfahren zu ermitteln und zu dokumentieren.

Das geht uns etwas an: Die neue Versorgungsmedizin-Verordnung

Versorgungsmedizin-Verordnung, welch Wortungetüm! Da möchte man doch gleich abschalten und sich angenehmeren – vor allem verständlicheren – Themen zuwenden. Das Kürzel klingt auch nicht verlockender: VersMedV.

Aber manchmal macht es Sinn, sich auch mit unattraktiven Themen zu beschäftigen. Die Versorgungsmedizin-Verordnung bildet die Grundlage dafür, dass Menschen mit Beeinträchtigungen ein Grad der Behinderung (GdB) zuerkannt wird. Nach dem GdB richtet es sich wiederum, welche Nachteilsausgleiche (Steuerfreibetrag, Sonderurlaub, Kündigungsschutz, ermäßigte Bahncard etc.) in Anspruch genommen werden können. Die Versorgungsmedizin-Verordnung ist also relevant für Menschen mit Beeinträchtigungen.

Die derzeit gültige Versorgungsmedizin-Verordnung ist alt. In den vergangenen Jahrzehnten haben sich unser Leben, die Arbeitsbedingungen, die Anforderungen an den einzelnen Menschen und die medizinischen Möglichkeiten verändert. Insofern wirkt das Vorhaben der Bundesregierung vernünftig, die

Versorgungsmedizin-Verordnung zu überarbeiten und an heutige Gegebenheiten anzupassen.

Ein erster Versuch scheiterte allerdings bereits in der vergangenen Legislaturperiode, unter anderem am Widerstand der Verbände. Letztere hatten nämlich den Eindruck, dass es nicht primär um eine Modernisierung der Versorgungsmedizin-Verordnung geht, sondern vielmehr darum, die Zuerkennung eines GdB zu erschweren und damit letztlich Nachteilsausgleiche einzusparen.

In der gegenwärtigen Legislaturperiode wird derzeit ein erneuter Versuch unternommen, die Versorgungsmedizin-Verordnung zu novellieren. Der vorgelegte Entwurf enthält jedoch wieder gravierende Mängel:

Bestmögliches Behandlungsergebnis: Für die Festlegung des GdB soll das bestmögliche erreichbare Behandlungsergebnis zugrunde gelegt werden. Das halten die meisten Behindertenverbände für unrealistisch. Denn wer mit einer Beeinträchtigung lebt oder sich beruflich oder privat mit der Thematik befasst hat,

weiß, dass das bestmögliche Behandlungsergebnis ein theoretisches Konstrukt ist, das in der Realität äußerst selten erreicht wird. Daher wirkt es schon fast zynisch, das bestmögliche Behandlungsergebnis bei der Feststellung eines Grads der Behinderung (GdB) vorauszusetzen.

Einsatz von Hilfsmitteln: Auch der Einsatz von Hilfsmitteln soll bei der Festlegung des GdB berücksichtigt werden. Da aber die Hilfsmittelversorgung häufig unzureichend ist, in jedem Fall aber von Mensch zu Mensch stark variiert, wird es von Behindertenverbänden als nicht realistisch und hilfreich angesehen, dieses Kriterium für die GdB-Festsetzung heranzuziehen.

Gesamt-GdB-Bildung: Viele Verbände kritisieren es scharf, dass künftig auch Beeinträchtigungen mit einem GdB von 20 bei der Gesamt-GdB-Bildung unberücksichtigt bleiben sollen. Das stellt eine deutliche Verschlechterung gegenüber geltendem Recht dar und entbehrt jeder fachlichen Begründung. Bisher bleiben nur Beeinträchtigungen mit einem GdB von 10 unberücksichtigt.

Befristung: Obwohl sowieso wesentliche Änderungen der Verhältnisse anzuzeigen sind und dann der GdB erneut festgestellt wird, sollen weitere Befristungen eingeführt werden. Damit wird aber ein neues Bürokratiemon-

ter zulasten der Betroffenen geschaffen.

Bestandsschutz: Würden die vorgesehenen Veränderungen zu einer Verbesserung für die Betroffenen führen, bräuchte man keinen Bestandsschutz. Bestandsschutzklauseln sind das gängige Instrument, um Absenkungen von Sozialstandards durchsetzbar zu machen.

Unserer Ansicht nach muss die UN-Behindertenkonvention (UN-BRK) Richtschnur für jede behindertenpolitische Planung oder Maßnahme sein. Die UN-BRK ist seit fast zehn Jahren geltendes Recht in der Bundesrepublik Deutschland. Dem entsprechend müsste der Gesetzgeber bemüht sein, eine gleichberechtigte gesellschaftliche Partizipation von Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten, ihre Diskriminierungen zu verhindern oder zumindest zu minimieren und Nachteile auszugleichen.

Der Entwurf spricht eine andere Sprache: Bei der Durchsicht des Entwurfs drängt sich der Eindruck auf, berechnete Ansprüche der Betroffenen sollten abgewehrt oder wenigstens reduziert werden.

Noch ist nichts beschlossen. Noch lohnt sich der Widerstand der Verbände auf Bundes- und Landesebene. Die Bundesländer spielen hierbei nämlich auch eine Rolle, weil der Verordnung auch im Bundesrat zugestimmt werden muss.

Schweizer Eid

Seit geraumer Zeit mehrten sich – im In- und Ausland – die Signale, dass die Berufsausübung von Ärztinnen und Ärzten unter einem zunehmenden ökonomischen Druck steht. Ein neuer Eid würde dem Schutz der Ärztinnen und Ärzte gegen berufsfremde und die Ehre des Berufs schädigende Verhaltenserwartungen dienen. Eine Kommission bestehend aus Vertretern der Medizin, der Ökonomie, der Psychologie, der Philosophie und Theologie schlägt einen neuen Ärzte-Eid vor.

Schweizer Eid: Gelöbnis für Ärztinnen und Ärzte

In der Ausübung meines Arztberufes verpflichte ich mich, wie folgt zu handeln:

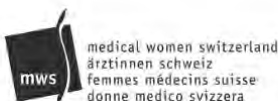
- Ich übe meinen Beruf nach bestem Wissen und Gewissen aus und nehme Verantwortung für mein Handeln wahr.
- Ich betrachte das Wohl der Patientinnen und Patienten als vorrangig und wende jeden vermeidbaren Schaden von ihnen ab.
- Ich achte die Rechte der Patientinnen und Patienten, wahre grundsätzlich ihren Willen und respektiere ihre Bedürfnisse sowie ihre Interessen.
- Ich behandle die Patientinnen und Patienten ohne Ansehen der Person^[1] und halte mich an das Arztgeheimnis.
- Ich begegne den Patientinnen und Patienten mit Wohlwollen und nehme mir für ihre Anliegen (und die ihrer Angehörigen) die erforderliche Zeit.
- Ich spreche mit den Patientinnen und Patienten ehrlich und verständlich und helfe ihnen, eigene Entscheidungen zu treffen.
- Ich behandle die Patientinnen und Patienten nach den Regeln der ärztlichen Kunst und den aktuellen Standards, in den Grenzen meines Könnens, instrumentalisieren sie weder zu Karriere noch zu anderen Zwecken und mute ihnen nichts zu, was ich mir selbst oder meinen Nächsten nicht zumuten würde.

- Ich betreibe im Rahmen der mir zur Verfügung stehenden Möglichkeiten eine Medizin mit Augenmaß und empfehle oder ergreife nur Maßnahmen, die sinnvoll sind.
- Ich wahre meine Integrität und nehme im Besonderen für die Zu- und Überweisung von Patientinnen und Patienten keine geldwerten Leistungen oder andersartigen Vorteile entgegen und gehe keinen Vertrag ein, der mich zu Leistungsmengen oder -unterlassungen nötigt.
- Ich verhalte mich gegenüber Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen korrekt und wahrhaftig, teile mit ihnen mein Wissen und meine Erfahrung und respektiere ihre Entscheidungen und Handlungen, soweit vereinbar mit den ethischen und wissenschaftlichen Standards unseres Berufs.

[1] «Ohne Ansehen der Person» heißt: ohne Diskriminierung wegen Geschlecht, allfälliger Behinderung, Religion, sexueller Orientierung, Parteizugehörigkeit, ethnischer Herkunft, Sozial- oder Versicherungsstatus und Nationalität.

Quelle: <https://www.dialog-ethik.ch/der-eid/>

Organisationen, die sich zum Schweizer Eid bekennen



Warum Frauen von Istanbul einen besseren Gewaltschutz erhoffen

Istanbul und Gewaltschutz für Frauen? Das passt doch nicht richtig zusammen, oder? Doch, denn die sogenannte Istanbul-Konvention ist ein Menschenrechtsvertrag des Europarates zur »Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt«. Für Deutschland ist die Istanbul-Konvention am 1. Februar 2018 in Kraft getreten. Sie ist nach der Stadt Istanbul, dem Ort der Unterzeichnung, benannt.

Das Deutsche Institut für Menschenrechte hat eine Broschüre dazu veröffentlicht und beschrieben, was in Deutschland geschehen müsste, um die Istanbul-Konvention umzusetzen. Besonderes Augenmerk wurde dabei in einem eigenen Kapitel auf die Situation behinderter Frauen gelegt, da diese besonders häufig von Gewalt betroffen sind. Frauen mit Behinderungen, die in stationären Einrichtungen leben, sind besonders gefährdet, Gewaltopfer zu werden, wie einige Studien der vergangenen Jahre belegen.

Nach der Istanbul-Konvention sind die Vertragsstaaten auch verpflichtet, Maßnahmen zum Schutz behinderter Frauen vor Gewalt zu ergreifen. Das betrifft unter anderem den barrierefreien Ausbau von Frauenhäusern und Beratungsangeboten und die Anwendbarkeit des Gewaltschutzgesetzes in stationären Einrichtungen im Sinne einer wirkungsvollen Wegweisung der Täter.

Das betrifft aber auch und vor allem Maßnahmen, um Gewalt in stationären Einrichtungen zu verhüten, denn in solchen Institutionen kommt es nicht nur gehäuft zu gewalttätigen Übergriffen, sondern die Betroffenen haben außerdem kaum Möglichkeiten, sich an externe Hilfe- und Beratungsstrukturen zu wenden.

Im Folgenden zitieren wir die Empfehlungen, die zu dieser Thematik in der Broschüre des Deutschen Instituts für Menschenrechte aufgelistet werden:

Quelle: Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.), erstellt von: Heike Raab, Britta Leisering: *Die Istanbul-Konvention. Neue Impulse für die Bekämpfung von geschlechtsspezifischer Gewalt*. Berlin Februar 2018 https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/ANALYSE/Analyse_Istanbul_Konvention.pdf

Empfehlungen

Gesetzliche Verpflichtungen zum Gewaltschutz

Um Artikel 12 Absatz 2 der Istanbul-Konvention im Blick auf Verpflichtungen aus Artikel 16 der UN-BRK umzusetzen, empfiehlt das Deutsche Institut für Menschenrechte, gesetzliche Verpflichtungen zum Gewaltschutz in stationären Einrichtungen zu verankern.

Auf bundesgesetzlicher Ebene sollte im Sozialgesetzbuch eine allgemeine Verpflichtung der Sozialleistungsträger zum Schutz von Menschen mit Behinderungen vor sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt eingeführt werden (etwa in § 10 SGB I). Darüber hinaus sollten Sozialhilfeträger dazu verpflichtet werden, die Leistungserbringer (Träger von Einrichtungen) in vertragsrechtlichen Regelungen zum Vorhalten von qualitativ hochwertigen Gewaltschutzkonzepten und Beschwerdeverfahren zu verpflichten (etwa in § 75 oder § 76 SGB XII beziehungsweise im Zuge des Bundesteilhabegesetzes in § 38, § 125 oder § 131 SGB IX).

Als Flankierung dieser bundesgesetzlichen Vorgaben sollten auf Landesebene die »Heimgesetze« reformiert und um Gewaltschutzvorschriften ergänzt werden. Bisher sind in nur wenigen Bundesländern entsprechende Vorschriften vorhanden. Dies betrifft zum Beispiel die Verpflichtung von Einrichtungsträgern zu Maßnahmen der Gewaltprävention, zur Einsetzung von Frauenbeauftragten und die Einführung einer Meldepflicht bei Gewalt- und Missbrauchsfällen an die zuständige Aufsichtsbehörde.

Überwachung des Gewaltschutzes in stationären Einrichtungen

Das Deutsche Institut für Menschenrechte empfiehlt außerdem, eine wirksame Überwachung des Gewaltschutzes in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe sicherzustellen. Dazu sollten die Heimaufsichtsbehörden der einzelnen Bundesländer – die in der Mehrzahl noch nicht auf die Aufgabe des Gewaltschutzes eingestellt sind – durch Gewaltschutzvorschriften im landeseigenen Heimrecht für diese Aufgabe mandatiert und gleichzeitig für dieses Thema fachlich qualifiziert werden.

Des Weiteren sollten Bund und Länder in einem übergreifenden Arbeitsprozess darüber diskutieren, wie die Anforderung der UN-BRK, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen zum Gewaltschutz wirksam von einer unabhängigen Behörde oder mehreren unabhängigen Behörden überwachen zu lassen, in Deutschland erfüllt werden kann. Entsprechende Stellen müssen mit einem menschenrechtlichen Mandat und entsprechender gesetzlicher Grundlage sowie mit ausreichend finanziellen und personellen Mitteln ausgestattet sein.

Startschuss für zweite Staatenprüfung Deutschlands zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und deren Umsetzung durch Bund, Länder und Gemeinden in Deutschland stehen erneut auf der Tagesordnung der Vereinten Nationen. Mit einer nicht öffentlichen Beratung des UN-Fachausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen mit der Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention des Deutschen Instituts für Menschenrechte und der deutschen Zivilgesellschaft in Genf am 21. September 2018 hat der zweite Berichtszyklus in Bezug auf Deutschland begonnen. Im Anschluss daran entscheidet der Ausschuss über die Frageliste, die die Grundlage für den neuen Staatenbericht sein wird. Die Bundesregierung hat dann ein Jahr Zeit, diese zu beantworten und daraus einen Umsetzungsbericht zu erstellen.

In ihrem mündlichen Statement in Genf hat die Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention betont, dass es in Deutschland in den vergangenen zehn Jahren gesellschaftspolitische Fortschritte bei der Umsetzung der Rechte von Menschen mit Behin-

derungen gab. Die Politik und die Tatkraft, die tatsächlich zu einer Verbesserung der Rechte von Menschen mit Behinderungen beigetragen hätten, müssten erkannt und gewürdigt werden. Jedoch sei das Kapitel »Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland« noch lange nicht abgeschlossen. Unbedingt wünschenswert wie notwendig wäre es deshalb, wenn das internationale Prüfverfahren weitere wichtige Impulse für die Umsetzung der UN-BRK bringen würde.

Sehr wichtig sei deshalb immer noch die Fortentwicklung der Umsetzungsprogramme (Aktionspläne) in Bund, Ländern und Gemeinden, führte die Monitoring-Stelle weiter aus. Die Monitoring-Stelle hat die Erwartung, dass die Aktionspläne auch in den kommenden Jahren dabei helfen, die dringlichsten Umsetzungsprobleme zielgerichtet zu lösen.

Dass große Defizite bei der Umsetzung der UN-BRK bestehen, betonte auch die Delegation der neuen BRK-Allianz gegenüber den Mitgliedern des UN-Fachausschusses. Beispielsweise fehle eine systema-

tische Umsetzung schulischer Inklusion ebenso wie die Verpflichtung privater Anbieter von Waren und Dienstleistungen zu Barrierefreiheit und angemessenen Vorkehrungen. In der Psychiatrie seien Zwangsmaßnahmen nach wie vor an der Tagesordnung, und immer noch gäbe es die Möglichkeit, Menschen mit Assistenzbedarf gegen ihren Willen aus Kostengründen ins Heim zu verweisen.

Die Mitglieder des UN-Fachausschusses zeigten sich verwundert darüber, dass es in Deutschland trotz reichhaltig vorhandener Ressourcen immer noch umfassende Diskriminierungen behinderter Menschen gibt. Kenntnisreich und differenziert erkundigten sie sich

unter anderem nach Aktivitäten zur Deinstitutionalisierung, Hemmnissen der inklusiven Bildung sowie eines inklusiven Arbeitsmarkts und Nutzung neuer Technologien, von Gebärdensprache und Leichter Sprache.

Im Anschluss an den Dialog mit der deutschen Zivilgesellschaft beschloss der Fachausschuss eine Liste von Fragen, die die deutsche Bundesregierung innerhalb eines Jahres beantworten muss. Auf dieser Grundlage wird Deutschland voraussichtlich 2020 zum zweiten Mal nach 2015 vom Fachausschuss zur Umsetzung der UN-BRK geprüft.

Blick in den Sitzungssaal des UN-Fachausschusses in Genf



Neues vom UN-Fachausschuss: Mehr Kontrollen von Heimen – aber mit Betroffenen

Menschen mit Behinderungen und ihre Selbstvertretungsorganisationen sollen einbezogen werden, wenn Institutionen überprüft werden. So steht es in der »Allgemeinen Bemerkung« (General Comment) zum Thema **Partizipation**, der am 21. September 2018 in Genf vom UN-Fachausschuss zur Behindertenrechtskonvention verabschiedet wurde. »Diese Empfehlung ist eine wunderbare Ergänzung der vorgesehenen sinnvollen Gesetzesänderung im Sozialhilferecht, derzufolge künftig auch die Träger der Sozialhilfe ein Prüfrecht in zugelassenen Pflegeeinrichtungen haben sollen«, erklärte Dr. Sigrid Arnade, Vorsitzende der Stiftung LEBENSNERV.

»Gerade angesichts des letzten Pflege-Qualitätsberichts des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen vom Dezember 2017, in dem erhebliche Mängel und Verschlechterungen in der stationären Pflege festgestellt wurden, sind engmaschige Kontrollen unerlässlich«, stellte Arnade fest. Nach Ansicht der Stiftung LEBENSNERV können solche Kontrollen der Sozialhilfeträger nur gewinnen, wenn Menschen mit Behinderungen beteiligt werden. »Erfahrungen aus

anderen Ländern zeigen, dass Prüfungsergebnisse realistischer werden, wenn Betroffene dabei sind«, weiß Sigrid Arnade. »Die Bewohner*innen haben größeres Vertrauen zu behinderten Menschen und berichten ihnen gegenüber ehrlicher über ihre Situation.«

Mit Unverständnis reagiert Arnade auf Leistungserbringer, die die erweiterten Prüfrechte ablehnen: »Wer gute Pflege will und feststellt, dass Missstände fortbestehen oder sogar zunehmen, muss sich doch über jede zusätzliche Kontrollmöglichkeit freuen«, so Sigrid Arnade. Schließlich hätten gute Pflegeeinrichtungen nichts zu befürchten und ließen sich bestimmt gerne in die Karten gucken.

Die neue »Allgemeine Bemerkung« des UN-Fachausschusses betont die Bedeutung der **Partizipation** nicht nur bei der Kontrolle von Einrichtungen. »Die gesamte Behindertenpolitik wird profitieren, wenn diese Empfehlungen konsequent umgesetzt werden«, freut sich Sigrid Arnade.

Neues von der Deutschen Bahn

Jeder behinderte Mensch, der sich auf das Abenteuer Bahn einlässt, kann mehr oder weniger gruselige Geschichten erzählen. Behinderte Menschen werden zwar nicht mehr im ungeheizten Gepäckwagen ohne Toilette befördert, aber die inzwischen vorhandenen Rollstuhltoiletten sind oft defekt, angemeldete Ein- und Ausstiegshilfen sind nicht zur rechten Zeit am rechten Ort etc. Bei Letzteren handelt es sich um Hublifte, die sowieso teils mit Hand- oder Fußkurbeln mittelalterlich anmuten.

Ein besonderes Ärgernis für behinderte Reisende ist die Tatsache, dass Ein- und Ausstiegshilfen nur zu den Dienstzeiten des Bahnpersonals zur Verfügung stehen, während die Dienstzeiten im Rahmen des allgemeinen Personalabbaus immer weiter eingeschränkt werden. So werden gewünschte Ein- und Ausstiege früh morgens oder spät abends von der Mobilitätszentrale, bei der behinderte Reisende ihre Fahrten anzumelden haben, abgelehnt.

Nun könnte man die Auffassung vertreten, dass die Bahn nach der UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet ist, behinderten Reisenden zu allen Zeiten, zu denen Züge fahren, den Ein- und

Ausstieg zu ermöglichen. Das sieht die Bahn zum jetzigen Zeitpunkt leider noch anders.

Stattdessen soll jetzt in einem Modellprojekt an zwei deutschen Bahnhöfen getestet werden, wie es sich auswirkt, wenn es keine zeitlichen Einschränkungen für die Unterstützungsleistungen zum Ein- und Ausstieg mehr gibt. Dafür ausgewählt wurden die Bahnhöfe Hamburg-Dammtor und Saalfeld in Thüringen. Mir persönlich erschließt sich der Sinn dieser Auswahl nicht unmittelbar, aber wer schon immer besonderes Interesse am Nachtleben von Saalfeld hatte, dem werden jetzt keine Hürden mehr in den Weg gelegt.

Hilfreicher für viele ist vermutlich die neue Barrierefrei-App der Bahn (*siehe dazu den nachfolgenden Text*). Beispielsweise soll es möglich sein, damit Anzeigetafeln und Durchsagen auf deutschen Bahnhöfen barrierefrei wahrzunehmen. Nähere Informationen dazu unter:

<https://www.bahn.de/p/view/service/barrierefrei/app-barrierefrei.shtml>

Vielleicht verrät die App den interessierten Reisenden auch, warum sie mitten in der Nacht in Saalfeld aussteigen sollten.

Ottmar Miles-Paul

Neue Bahn-App für barrierefreies Reisen

Die vor wenigen Wochen vorgestellte neue App »DB Barrierefrei« orientiert sich in erster Linie an den Bedürfnissen von Reisenden mit körperlichen Beeinträchtigungen und Sinnesbehinderungen, schafft jedoch auch einen Mehrwert für viele andere Reisende. Die App »DB Barrierefrei« ist barrierefrei gestaltet und bietet allen Nutzern eine digitale Unterstützung bei der Durchführung ihrer Bahnreise, heißt es anlässlich der Vorstellung der neuen App vonseiten der Deutschen Bahn.

Die App startet zunächst nach Informationen der Deutschen Bahn mit folgenden zwei wesentlichen Funktionen:

- Anzeigen und Durchsagen in Bahnhöfen: Lautsprecheransagen sind für Reisende mit Hörbehinderungen oftmals nur schwer oder gar nicht zu verstehen. Das Lesen von Anzeigetafeln kann für Menschen mit Sehbehinderungen eine Herausforderung sein. Kunden erhalten mit dieser Funktion wichtige Anzeigen und Durchsagen zu ihrer Reise als Textnachricht direkt auf ihr Smartphone, die

sie sich mit der Sprachausgabe des Smartphones anhören können.

- Information zur Funktionsfähigkeit von Aufzügen und Rolltreppen: Reisende können sich Informationen über ihre jeweils benötigten Aufzüge und Rolltreppen abrufen und über eine Merkliste frühzeitig darüber informieren, ob diese aktuell Störungen aufweisen. So können Reisende mit Mobilitätseinschränkungen schon im Voraus planen, welche Wege aufgrund von technischen Störungen nicht möglich sind, und kommen über alternative Strecken ans Ziel.

Nach und nach will die Bahn weitere Funktionen umsetzen. Im Mittelpunkt stehen dabei immer die Anforderungen der Zielgruppe. Die App wurde gemeinsam mit Kund*innen gestaltet.

Der Referent für Öffentlichkeitsarbeit der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland (ISL e.V.), Alexander Ahrens, begrüßte die neue App. Schade findet er nur, dass man in der neuen App keinen Hinweis auf defekte

barrierefreie Toiletten finden kann. Und einen Aufzug könne die App leider auch nicht reparieren.

Der Fahrgastverband PRO BAHN begrüßt die neue App »DB Barrierefrei«, die vielen Reisenden, die auf Barrierefreiheit angewiesen sind, mit Informationen weiterhilft, ebenfalls. Gerade, wer auf Barrierefreiheit angewiesen ist, muss vor Antritt und auch während der Reise wissen, wo es Probleme gibt, und wie diese zu umgehen und/oder zu lösen sind. Der Fahrgastverband PRO BAHN will sich intensiv mit dieser App beschäftigen und auch die Mobilitätseingeschränkten unter unseren Mitglieder zu ihren Erfahrungen mit dieser App befragen, wie der Verband mitteilte.

Diese App täusche aber nicht über die Tatsache hinweg, dass viele Bahnhöfe und Haltepunkte noch längst nicht barrierefrei sind. Hier hätten sowohl die Kommunen wie auch der Bund noch viel zu tun bis nahezu jeder barrierefrei zum Zug komme, erläutert der PRO BAHN Bundesvorsitzende Detlef Neuss.

Der Nutzen der App hängt auch davon ab, welche Hilfestellung mobilitätseingeschränkte Menschen während ihrer Reise erhalten, vor allem dann, wenn einmal ein Anschluss nicht erreicht wird. »Fahrgäste mit Mobilitätseinschränkungen sind ein wesentlicher Teil der geltenden Fahrgastrechte-Verordnung (ab § 19 der Verordnung)



und auch die zur Zeit laufende Revision der Fahrgastrechte-Verordnung auf europäischer Ebene setzt sich intensiv mit den Fahrgästen mit Mobilitätseinschränkungen auseinander und sieht sogar Verbesserungen vor.

Für den nächsten Schritt, barrierefrei in den Zug zu kommen, gibt es bislang kein einheitliches bundesweites Konzept von Bahnsteig- und Einstiegshöhe. Dies führt an Schnittstellen immer wieder zu Problemen, die Rollstuhlfahrer schmerzlich zu spüren bekommen«, kritisiert der Verband und betont, »die DB App ist ein erster guter Schritt – zu tun ist aber noch viel.«





Thomas Meinertz
ÄRZTLICHE KUNST.
WAS EINEN GUTEN ARZT
AUSMACHT

Schattauer Wissen und Leben.
 Stuttgart 2018. 183 Seiten,
 ISBN: 978-3-608-43283-1
 20,60 Euro

Der Kardiologe und Kliniker Thomas Meinertz plädiert dafür, den Arztberuf als künstlerisches Handwerk auf wissenschaftlicher Grundlage aufzufassen. Sein Anliegen ist dabei, nicht nur eine größere Patient*innenzufriedenheit zu erreichen, sondern auch ein besseres Behandlungsergebnis durch eine gute Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen. Wenn diese Passung gelingt, kann der*die Arzt oder Ärztin wesentlich präziser eine richtige Diagnose stellen und die optimale Therapie wählen.

Viele Patient*innen fühlen sich heute aber alles andere als kunstvoll behandelt – obwohl die moderne Medizin immense Fortschritte macht und wir oft bis ins hohe Alter gesund und leistungsfähig sind. Meinertz reflektiert, welche Fertigkeiten einen guten Arzt auszeichnen:

- Sich für das Gegenüber zu interessieren
- Zuhören und Zuhören
- Sich einfühlen
- Vertrauen gewinnen und Sicherheit geben
- Urteilen und entscheiden
- Sich der eigenen Maßstäbe bewusst sein
- Für die Patient*innen das Beste im Auge zu haben.

Ferner gibt er Denkanstöße zu den wirklich wichtigen Fragen der Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen:

- Wie gelingt die Begegnung von beiden, so dass sich die Patient*innen nicht bevormundet, sondern stattdessen gut geführt fühlen?
- Was müssen Studierende unbedingt lernen, um später gute Ärzt*innen zu werden?
- Wie erlernt man die Kunst, Tag für Tag mit so vielen unterschiedlichen Menschen fürsorglich umzugehen?
- Was können Patient*innen von guten Ärzt*innen erwarten und worauf sollten sie achten, um solche zu finden?
- Wie macht man die Ergebnisse der Diagnostik und die therapeutischen Konsequenzen plausibel und entwickelt Überzeugungskraft?

»Wenn sich ein Patient dem Arzt anvertraut, überträgt er ihm – zumindest potentiell – die Verantwortung für sein Leben. Ohne es auszusprechen, legt er sein Schicksal in die Hand des Arztes. Etwas Vergleichbares gibt es in keinem anderen Beruf«, so Meinertz. Und wenn er in seinem Buch im sechsten Kapitel »Verhalten, das nicht zu einem guten Arzt passt« beschreibt, so fühlte ich mich sofort an die sogenannten »Killersätze« erinnert, für die wir als Stiftung LEBENSNERV vor einigen Jahren den »Destruktiv-Preis« ausgelobt hatten.

Fazit: Ein leicht zu lesendes Büchlein, dessen Kerninhalte zwar nichts wirklich Neues darstellen,

das aber in seiner Argumentation schlüssig daherkommt und noch einmal bekräftigt, in welche Richtung der Arztberuf sich dringend weiterentwickeln muss. Ein schöner Denkanstoß ist auch sein Hinweis auf die Notwendigkeit eines neuen hippokratischen Eides (siehe dazu den gesonderten Text zum »Schweizer Eid« in dieser Ausgabe). Etwas getrübt wird das Lesevergnügen allerdings dadurch, dass Meinertz sein Plädoyer durchgängig in der männlichen Form schreibt, ohne dies allerdings zu thematisieren.

HGH

Frankfurter Rundschau; Samstag, 17.11.2018

»Dr. Hontschiks Diagnose« Totalschaden

Wie die Krankenhausfinanzierung die Medizin zerstört

Etwa um die Jahrtausendwende fand im bundesdeutschen Gesundheitswesen so etwas wie eine Revolution statt, von der zunächst aber nur Eingeweihte und unmittelbar Betroffene etwas be-

merkten. Es handelte sich um eine fundamentale Neuordnung der Krankenhausfinanzierung. Die Krankenhäuser wurden bis dahin mit sogenannten Tagessätzen finanziert. Für jeden Tag Lie-

gezeit der Erkrankten erhielt das Krankenhaus eine bestimmte Pauschale, eben den Tagessatz. Dieses zeitorientierte System wurde zwischen 1999 und 2002 schrittweise durch die sogenannten Fallpauschalen abgelöst. Fallpauschalen sind ein diagnoseorientiertes System. Nach australischem Vorbild wurden die Krankenhäuser von da an nach der Schwere der Diagnosen, den DRGs, bezahlt, die bei den Erkrankten zu der Krankenhausbehandlung geführt hatte. Das DRG-Sys-

**DER MARKTGERECHTE
PATIENT
IN DER KRANKENHAUSFABRIK**

Ein Film von unten
von
**Leslie Franke und
Herdolor Lorenz**

**PREMIERE AM 8. NOVEMBER 2018
GLEICHZEITIG IN ÜBER 100 DEUTSCHEN STÄDTEN**

Ein Film von unten - VORFINANZIERT VON HUNDERTEN SPENDERINNEN
AUTOREN: HERDOLOR LORENZ | REGIE: LESLIE FRANK | KAMERA: HERMANN LORENZ, STEFAN COHNITZ | SCHNITT: HERDOLOR LORENZ, LESLIE FRANK | DIALOGLEITERIN DRUCKFELD: ALEXANDER GRASSECK |
TONE: IGOR STRACH | SPEECHER: ROLF BECKER | KOMPPOSITOREN: O' TON-STUDIO, HENRICH BAEGER UND STEPHAN WOLFF | FILMANGABEN: LIESI DOBBLER, UTA REMMERS
EINE KERNFILM PRODUKTION IM VERBUND MIT EDITION SALZBURGER. WWW.SALZBURGER.DE

WWW.DER-MARKTGERECHTE-PATIENT.DEG

altac zattac 7+ GLS Bank MPE

tem war Teil – wenn auch nur ein kleiner – der Agenda 2010, und die damalige Gesundheitsministerin Andrea Fischer (Grüne) verkündet bis heute stolz, dass sie dieses DRG-System eingeführt hat.

Es dauerte nicht lange, bis sich in den Krankenhäusern ein völlig veränderter Umgang mit den Erkrankten entwickelte, ja zwangsläufig entwickeln musste. Denn nur dasjenige Krankenhaus, das mit möglichst geringen Kosten in der Lage war, Kranke in möglichst kurzer Zeit abzufertigen, machte nun Gewinne; wer sich aber auf zeitraubende, empathische Medizin einließ, der machte Verluste. Unternehmensberater, eine bislang in Krankenhäusern völlig unbekannte Berufsgruppe, wuselten plötzlich in allen Krankenhäusern, in jeder Abteilung, auf jeder Station herum. Sie prüften, ob, wo und wie viel Personal gespart werden konnte. Die Frage war nicht: Was brauchen die Kranken?, sondern: Was bringen sie uns ein? Die Frage war nicht: Wie viele Ärzt*innen und Pfleger*innen werden für eine gute Medizin gebraucht?, sondern: Wie viele Stellen können wir streichen? Ärzt*innen und Pfl-

Frankfurter Rundschau; Samstag, 17.11.2018
„Dr. Hontschiks Diagnose“

Totalschaden

Wie die Krankenhausfinanzierung die Medizin zerstört

Etwa um die Jahrtausendwende fand im bundesdeutschen Gesundheitswesen so etwas wie eine Revolution statt, von der zunächst aber nur Eingeweihte und unmittelbar Betroffene etwas bemerkten. Es handelte sich um eine fundamentale Neuordnung der Krankenhausfinanzierung. Die Krankenhäuser wurden bis dahin mit sogenannten Tagessätzen finanziert. Für jeden Tag Liegezeit der Erkrankten erhielt das Krankenhaus eine bestimmte Pauschale, eben den Tagessatz. Dieses zeitorientierte System wurde zwischen 1999 und 2002 schrittweise durch die sogenannten Fallpauschalen abgelöst. Fallpauschalen sind ein diagnoseorientiertes System. Nach autistischem Vorbild wurden die Krankenhäuser von da an nach der Schwere der Diagnosen, den DRGs, bezahlt, die bei den Erkrankten zu der Krankenhausbehandlung geführt hatte. Das DRG-System war Teil – wenn auch nur ein kleiner – der Agenda 2010, und die damalige Gesundheitsministerin Andrea Fischer (Grüne) verkündet bis heute stolz, dass sie dieses DRG-System eingeführt hat.

Es dauerte nicht lange, bis sich in den Krankenhäusern ein völlig veränderter Umgang mit den Erkrankten entwickelte, ja zwangsläufig entwickeln musste. Denn nur dasjenige Krankenhaus, das mit möglichst geringen Kosten in der Lage war, Kranke in möglichst kurzer Zeit abzufertigen, machte nun Gewinne; wer sich aber auf zeitraubende, empathische Medizin einließ, der machte Verluste. Unternehmensberater, eine bislang in Krankenhäusern völlig unbekannte Berufsgruppe, wuselten plötzlich in allen Krankenhäusern, in jeder Abteilung, auf jeder Station herum. Sie prüften, ob, wo und wie viel Personal gespart werden konnte. Die Frage war nicht: Was brauchen die Kranken?, sondern: Was bringen sie uns ein? Die Frage war nicht: Wie viele Ärzt*innen und Pfleger*innen werden für eine gute Medizin gebraucht?, sondern: Wie viele Stellen können wir streichen? Ärzt*innen und Pfl-

ger*innen waren einem immer größer werdenden Arbeitsdruck gnadenlos ausgeliefert. Die Liegezeit hat sich inzwischen halbiert, die Zahl der Patient*innen ist um ein Fünftel gestiegen, gleichzeitig wurden 60.000 Stellen in der Pflege gestrichen. Viele Ärzt*innen und Pfleger*innen können so nicht mehr arbeiten, ohne selbst krank zu werden. Das fundamentale Fatale an dem neuen Bezahlungssystem war und ist die ökonomische Verknüpfung zwischen der medizinischen Tätigkeit und der Diagnose mit der Höhe der Bezahlung. Indem nun allein die Diagnose die Einnahmen des Krankenhauses generierte, wurde sie zum zentralen Zielobjekt der Ökonomen. Tausende von Kodierfachkräften und Medizincontrollern der Krankenhäuser kämpften fortan täglich mit Tausenden von Kodierfachkräften und Medizincontrollern der Krankenkassen um jeden Euro. „Wären die DRGs ein Medikament, so



müsste man sie mit sofortiger Wirkung vom Markt nehmen. Alle versprochenen Wirkungen sind ausgeblieben, und alle Nebenwirkungen sind eingetreten“, sagt Günther Jonitz, der Präsident der Berliner Ärztkammer. Er sagt das in

einem aufregenden Film, der gerade eben in über hundert Kinos in Deutschland angelaufen ist. „Der marktrechte Patient“ heißt dieser bewegende Film, der die fatalen Folgen der Fallpauschalen darstellt. Wer die gegenwärtigen Zustände in unseren Krankenhäusern, die anhaltende Welle der Krankenhausprivatisierungen, den Personalmangel und das Primat der Betriebswirtschaft über die Medizin besser verstehen will, dem sei dieser Film dringend empfohlen. Es ist kein Film über Skandale. Es ist ein Film über den ganz normalen Krankenhausalltag. Das macht ihn so spannend, so berührend, so eindringlich.

Auf www.der-marktrechte-patient.org finden sich die bundesweiten Ausführungsdaten.

www.medicinHuman.de chirurg@hontschik.de

Was bringen sie uns ein?
Die Frage war nicht: Wie viele Ärzt*innen und Pfleger*innen werden für eine gute Medizin gebraucht?, sondern: Wie viele Stellen können wir streichen? Ärzt*innen und Pfleger*innen waren einem immer größer werdenden Arbeitsdruck gnadenlos ausgeliefert. Die Liegezeit hat sich inzwischen halbiert, die Zahl der Patient*innen ist um ein Fünftel gestiegen, gleichzeitig wurden

60.000 Stellen in der Pflege gestrichen. Viele Ärzt*innen und Pfleger*innen können so nicht mehr arbeiten, ohne selbst krank zu werden. Das fundamental Fatale an dem neuen Bezahlssystem war und ist die ökonomische Verknüpfung zwischen der medizinischen Tätigkeit und der Diagnose mit der Höhe der Bezahlung. Indem nun allein die Diagnose die Einnahmen des Krankenhauses generierte, wurde sie zum zentralen Zielobjekt der Ökonomen. Tausende von Kodierfachkräften und Medizincontrollern der Krankenhäuser kämpften fortan täglich mit Tausenden von Kodierfachkräften und Medizincontrollern der Krankenkassen um jeden Euro. „Wären die DRGs ein Medikament, so müsste man sie mit sofortiger Wirkung vom Markt nehmen. Alle versprochenen Wirkungen sind ausgeblieben, und alle Nebenwirkungen sind eingetreten“, sagt Günther Jonitz, der Präsident der Berliner Ärztekammer. Er sagt das in einem aufregenden Film, der gerade eben in über hundert Kinos in Deutschland angelaufen ist. „Der marktgerechte Patient“ heißt dieser bewegende Film, der die fatalen Folgen der Fallpauschalen darstellt. Wer die gegenwärtigen Zustände in unseren Krankenhäusern, die anhaltende Welle der Krankenhausprivatisierungen, den Personalmangel und das Pri-

mat der Betriebswirtschaft über die Medizin besser verstehen will, dem sei dieser Film dringend empfohlen. Es ist kein Film über Skandale. Es ist ein Film über den ganz normalen Krankenhausalltag. Das macht ihn so spannend, so berührend, so eindringlich. Auf www.der-marktgerechte-patient.org finden sich die bundesweiten Aufführungsdaten.

www.medizinHuman.de
chirurg@hontschik.de



ALLTAG MIT KOGNITIVEN STÖRUNGEN **EIN LEBEN MIT MS**

Die 68-seitige Broschüre von Anette Kindlimann
»Alltag mit kognitiven Störungen – Ein Leben mit
MS« ist von der Stiftung LEBENSNERV jetzt als
Printfassung neu aufgelegt worden. Gegen
Erstattung der Portokosten kann sie bei der
Stiftung bestellt werden: info@lebensnerv.de

Achtung!
Neue Stiftungsadresse:

Stiftung LEBENSNERV
Liebstöckelweg 14
13503 Berlin

Tel.: 030/436 35 42
Fax: 030/436 44 42
Mail: info@lebensnerv.de
www.lebensnerv.de

