



Deutsches Institut
für Menschenrechte

Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention

Umsetzung eines Maßnahmenpakets zur Förderung von Inklusion und Diversität im Gesundheitswesen

Handreichung für das Ministerium
für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW

September 2023

Inhalt

1	Vorbemerkung	3
2	Menschenrechtliche Vorgaben	3
3	Aktueller Sachstand in Nordrhein-Westfalen	5
4	Politische Instrumente in Nordrhein-Westfalen	7
5	Handlungsempfehlungen	8
5.1	Barrierefreiheit von ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen	8
	Empfehlungen	9
5.2	Ausbau von spezialisierten Angeboten und angemessene Berücksichtigung von Mehraufwänden	9
	Empfehlungen	10
5.3	Bewusstseinsbildung und behinderungsspezifische Qualifizierung von Fachkräften im Gesundheitswesen	10
	Empfehlungen	10
5.4	Schließen von Datenlücken sowie Aufbau der universitären Lehr- und Forschungsschwerpunkte	11
	Empfehlungen	11
6	Fazit	11

1 Vorbemerkung

Diese Handreichung dient als Unterstützung bei der Umsetzung des in der Koalitionsvereinbarung von CDU und Grünen „Zukunftsvertrag für Nordrhein-Westfalen“ (2022-2027) angekündigten Maßnahmenpakets zur Förderung von Inklusion und Diversität im Gesundheitswesen (Artikel 25 UN-Behindertenrechtskonvention, UN-BRK). Sie stellt Informationen für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW und für die an der Umsetzung beteiligten Akteur*innen bezüglich der menschenrechtlichen Anforderungen an die Ausgestaltung eines solchen Maßnahmenpakets zusammen. Die Handreichung berücksichtigt insbesondere den Teilhabebericht NRW aus dem Jahr 2020¹ sowie den aktuellen, zweiten Aktionsplan „NRW inklusiv“ aus dem Jahr 2022², aber auch die Entschließung der 22. Landesgesundheitskonferenz vom 22. November 2013 „Von der Integration zur Inklusion: Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen verbessern“³.

Diese Handreichung ist ein Beitrag der Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention in ihrer Funktion, die Landesregierung NRW gemäß § 11 Inklusionsgrundsatzgesetz NRW bei der Umsetzung der UN-BRK in Nordrhein-Westfalen zu begleiten. Sie dient auch als Unterstützung bei der Entwicklung von Beschlussvorlagen des Fachbeirats Gesundheit für den Inklusionsbeirat NRW zur Beratung der Landesregierung.

2 Menschenrechtliche Vorgaben

Die UN-Behindertenrechtskonvention ist in Deutschland seit dem 26. März 2009 rechtsverbindlich und gilt im Rang eines Bundesgesetzes auf allen föderalen Ebenen. Deutschland ist danach menschenrechtlich verpflichtet, für Menschen mit Behinderungen einen **gleichberechtigten, barrierefreien Zugang zum Gesundheitssystem** zu gewährleisten. Die UN-BRK erkennt in Artikel 25 Absatz 1 ausdrücklich für Menschen mit Behinderungen das Menschenrecht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an. Niemand darf aufgrund einer Beeinträchtigung von Gesundheitsleistungen ausgeschlossen werden. Die Vertragsstaaten sind verpflichtet, alle geeigneten Maßnahmen zu treffen, damit Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer unentgeltlichen oder erschwinglichen **Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard** haben wie Menschen ohne Beeinträchtigung. Dies umfasst auch sexual- und fortpflanzungsmedizinische Gesundheitsleistungen.

Die Gesundheitsversorgung muss für Menschen mit Behinderungen zugänglich sein (vgl. Artikel 3 lit. f, Artikel 9 UN-BRK). Dies bedeutet, dass Güter, Produkte, Gebäude, Technologien und Dienstleistungen möglichst von Anfang an in einem universellen Design (Artikel 2 Unterabsatz 5 UN-BRK) gestaltet werden, um die Nutzbarkeit durch alle Menschen, einschließlich Menschen mit Behinderungen, zu gewährleisten.⁴ Gleichzeitig

¹ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (2020): Teilhabebericht Nordrhein -Westfalen – Bericht zur Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen und zum Stand der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

² Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (2022): Aktionsplan NRW inklusiv 2022 – Beiträge der Landesregierung zur Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in Nordrhein-Westfalen.

³ Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW (2013): 22. Landesgesundheitskonferenz NRW "Von der Integration zur Inklusion: Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen verbessern".

⁴ Vgl. UN, Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2014): Allgemeine Bemerkung Nr. 2: Artikel 9 – Zugänglichkeit, UN Doc. CRPD/C/GC/2, Absatz 15 f.

sind bereits vorhandene Barrieren abzubauen.⁵ Das bedeutet vor allem eine **umfassende bauliche und kommunikative Barrierefreiheit für alle Menschen mit Behinderungen** (körperlich, intellektuell, psychisch und sinnesbeeinträchtigte Menschen). Die Barrierefreiheit von medizinischen Einrichtungen und Dienstleistungen gilt nicht nur auf staatlicher Ebene, sondern im Rahmen seiner Schutz- und Leistungspflichten muss Deutschland auch dafür Sorge tragen, dass privat rechtlich organisierte Gesundheitsdienstleistungen barrierefrei sind. Sind Gebäude und Dienstleistungen nicht barrierefrei, müssen gemäß Artikel 5 Absatz 3 UN-BRK angemessene Vorkehrungen⁶ bereitgestellt werden.

Menschen mit Behinderungen können aufgrund ihrer Beeinträchtigung aber auch auf **spezielle Gesundheitsdienstleistungen** angewiesen sein. Diese müssen neben einer inklusiven Regelversorgung ebenfalls vom Vertragsstaat angeboten werden (Artikel 25 Satz 3 lit. b UN-BRK). Dies beinhaltet etwa die Bereitstellung von Hilfsmitteln und Rehabilitationsangeboten und das Vorhalten von MZEBs.

Alle Gesundheitsdienstleistungen müssen **gemeindenah verfügbar** sein, auch in ländlichen Gebieten. Menschenrechtlich verbindliches Ziel ist es, auch im Gesundheitswesen **ein Höchstmaß an Unabhängigkeit und voller Teilhabe zu gewährleisten**. Dazu gehört als Kernprinzip die **Achtung der Selbstbestimmung der Patient*innen durch Aufklärung sowie freie und informierte Zustimmung** zu Behandlungen. Im Hinblick auf eine patient*innenorientierte Aufklärung, aber auch zur Bewusstseinsbildung bedarf es **menschenrechtsbasierter Aus- und Weiterbildung** der professionell im Gesundheitswesen tätigen Personen sowie einer Bewusstseinsbildung. Denn Artikel 25 Satz 3 lit. d UN-BRK verpflichtet Deutschland, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen.

Nach Artikel 25 Satz 3 lit. f UN-BRK ist dafür zu sorgen, dass Gesundheitsleistungen nicht aufgrund von Behinderung vorenthalten werden.⁷

Auch der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat sich 2015 besorgt über die Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung in Deutschland gezeigt und empfohlen, Pläne für eine barrierefreie Zugänglichkeit von Gesundheitsdiensten zu erarbeiten und umzusetzen sowie entsprechende Mittel bereitzustellen.⁸ Der Ausschuss hat während des konstruktiven Dialogs Ende August 2023 im Rahmen der zweiten/dritten Staatenprüfung Deutschlands erneut deutliche Kritik in dem Bereich geübt. In Kürze ist mit den Abschließenden Bemerkungen zur Prüfung zu rechnen, die weitere konkrete Umsetzungsempfehlungen enthalten werden.

⁵ Ebd., Absatz 24.

⁶ Angemessene Vorkehrungen sind „notwendige und geeignete Änderungen und Anpassungen, die keine unverhältnismäßige oder unbillige Belastung darstellen und die, wenn sie in einem bestimmten Fall erforderlich sind, vorgenommen werden, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen oder ausüben können“, vgl. Artikel 2 Unterabsatz 4 UN-BRK.

⁷ Vgl. UN, Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2018): Allgemeine Bemerkung Nr. 6 zur Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung, UN Doc. CRPD/C/GC/6, Absatz 66.

⁸ UN, Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2015): Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands, UN Doc. CRPD/C/DEU/CO/1, Ziffer 47 f.

Die Verpflichtung zu einem diskriminierungsfreien Zugang zur Gesundheitsversorgung besteht auch im Sinne des **Benachteiligungsverbots aus Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 Grundgesetz**. Das Bundesverfassungsgericht hat jüngst in seinem „Triage“-Beschluss vom 16.12.2021 festgestellt, dass Menschen mit Behinderungen derzeit aufgrund mangelnden Fachwissens und einer unzureichenden Sensibilisierung des medizinischen und pflegenden Gesundheitspersonals für behinderungsspezifische Besonderheiten nicht wirksam gegen Diskriminierungsrisiken im Gesundheitssystem geschützt sind.⁹

Die Umsetzung einer inklusiven Gesundheitsversorgung haben auch die Behindertenbeauftragten von Bund und Ländern in ihrer „Düsseldorfer Erklärung“ von 2019 mit Nachdruck gefordert.¹⁰ Auf der 65. Konferenz der Beauftragten von Bund und Ländern für Menschen mit Behinderungen haben sie 2023 mit der Bad Nauheimer Erklärung „Inklusive Gesundheit und Pflege“ innerhalb von vier Jahren ein weiteres Mal mit Nachdruck mehr Anstrengungen auf dem Gebiet gefordert.¹¹

3 Aktueller Sachstand in Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen wurde die Umsetzung von Inklusion im Gesundheitswesen bereits auf der Landesgesundheitskonferenz 2013 als Notwendigkeit und politische Zielsetzung formuliert. In dem dort verabschiedeten Beschluss „Von der Integration zur Inklusion: Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen verbessern“¹² wurden viele Erkenntnisse und Handlungsnotwendigkeiten zusammengeführt; der Beschluss wurde jedoch nicht umgesetzt und die beschriebenen Problembereiche bestehen bis heute fort. Dies veranschaulicht auch sehr deutlich der Teilhabebericht NRW von 2020.¹³

Es mangelt an **Barrierefreiheit im Gesundheitssektor** sowie an der barrierefreien Ausstattung der Dienstleistungen. Vorhandene Daten lassen den Schluss zu, dass trotz Fortschritten in den vergangenen Jahren nur wenige haus- und fachärztliche Praxen barrierefrei ausgestattet sind. Insbesondere haben bisherige Maßnahmen vordergründig körperlich beeinträchtigte Menschen, weniger jedoch solche mit intellektuellen, psychischen oder Sinnesbeeinträchtigungen berücksichtigt. Besonders besorgniserregend ist die Situation im ländlichen Bereich: Menschen mit Behinderungen müssen lange Strecken zu einer barrierefreien (fach-)ärztlichen Praxis zurücklegen und können weder Ärzt*innen noch den Praxis-Standort frei wählen. Damit steht außer Frage, dass es NRW an einem flächendeckenden barrierefreien Zugang zur ambulanten Gesundheitsversorgung fehlt.¹⁴ Mangelnde Barrierefreiheit in der ambulanten Versorgung schränkt jedenfalls die freie Ärzt*innen- und Wohnort-Wahl ein, vor allem weil es im

⁹ BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 16. Dezember 2021, 1 BvR 1541/20.

¹⁰ Behindertenbeauftragte von Bund und Ländern (2019): „Düsseldorfer Erklärung“ – Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen weiter verbessern!, https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/PublikationenErklaerungen/20190322_Duesseldorfer_Erklaerung.pdf?__blob=publicationFile&v=5.

¹¹ Behindertenbeauftragte von Bund und Ländern (2023): Bad Nauheim – Inklusive Gesundheit und Pflege, https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/PublikationenErklaerungen/20230516_Erklarung_Bad_Nauheim.pdf?__blob=publicationFile&v=2.

¹² https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/22_landesgesundheitskonferenz_nrw.pdf.

¹³ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (2020): Teilhabebericht Nordrhein -Westfalen – Bericht zur Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen und zum Stand der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, S. 151-163.

¹⁴ Ergänzend lässt sich aus dem aktuellen Teilhabebericht der Bundesregierung allgemein ableiten, dass Merkmale der Barrierefreiheit von Arztpraxen bisher zu eng gefasst werden und Daten dazu auf reiner Selbstauskunft basieren, vgl. Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen (2021) S. 434.

ländlichen Raum kaum barrierefreie Praxen gibt, was wiederum auch zu langen Wartezeiten auf Termine führt.¹⁵

Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) sind gegenwärtig elf in Nordrhein-Westfalen aktiv, fünf weitere in der Gründung.¹⁶ Bei ca. 350.000 Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung, die aufgrund einer hohen Morbidität einen großen medizinischen Behandlungsbedarf haben, ergibt sich für Nordrhein-Westfalen derzeit eine Versorgungspopulation von ca. 30.000 Menschen pro MZEB. Auch wenn ein Teil dieser Personengruppe im Regelversorgungssystem behandelt wird, besteht kein Zweifel daran, dass die bestehenden MZEBs den Bedarfen bei Weitem nicht gerecht werden. Hinzu kommt, dass nicht alle MZEBs in Nordrhein-Westfalen psychiatrische Behandlungsangebote machen. Daher kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht von einer flächendeckenden Bereitstellung dieses besonderen Versorgungsangebots in Nordrhein-Westfalen ausgegangen werden.¹⁷

Anhand von explorativen Studien lässt sich feststellen, dass sich Zeitmangel und die fehlende Praxis im Umgang mit Menschen mit Behinderungen negativ auf die Betreuungsqualität auswirken. In den Gesundheitsberufen gibt es noch **kein ausreichendes Bewusstsein und Verständnis von behinderungsbedingten Bedarfen**. Studien verweisen auf spezifische Diskriminierungsrisiken von Menschen mit intellektuellen und psychosozialen Beeinträchtigungen sowie von gehörlosen Menschen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, insbesondere durch Kommunikationsbarrieren und mangelndes Bewusstsein der Fachkräfte.¹⁸ Eine begrüßenswerte Entwicklung ist jedoch, dass im Juni 2022 an der neuen medizinischen Fakultät der Bielefelder Universität deutschlandweit die erste Professur für Medizin für behinderte Menschen eingerichtet wurde.

Zur Zugänglichkeit von Angeboten aus den Bereichen der **Prävention** sowie zur **Bedarfsgerechtigkeit von Heil- und Hilfsmitteln** gibt es derzeit keine Erkenntnisse in Nordrhein-Westfalen. Gleiches gilt für die Verfügbarkeit von Präventionsangeboten, die gezielt auch die Belange von Menschen mit Behinderungen berücksichtigen, und die Inanspruchnahme von allgemeinen Präventionsmaßnahmen von Menschen mit Behinderungen.

Eine ausführliche Defizitanalyse hat auch die Landesgesundheitskonferenz NRW 2013 in ihrem Beschluss „Von der Integration zur Inklusion: Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen verbessern“ angestellt. Auch der Abschlussbericht der Expert*innenkommission „Herausforderndes Verhalten und Gewaltschutz in Einrichtungen der Behindertenhilfe“ (2021), die nach Bekanntwerden von Ermittlungen zu Vorkommnissen in den Einrichtungen der Diakonischen Stiftung Wittekindshof

¹⁵ Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2021): Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung, S. 41 ff.

¹⁶ Rathmann, Katarina (2021): Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in MZEBs – Erste Ergebnisse aus dem Beta-Projekt. MZEB Kongress Halle am 3.12.2021.

¹⁷ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (2021): Herausforderndes Verhalten und Gewaltschutz in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Abschlussbericht der Expertenkommission.

¹⁸ Bartig u. a. (2021): Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes, S. 44 ff.

eingerrichtet wurde, enthält eine Reihe an Manahrnenvorschlagen zur Verbesserung der gesundenheitlichen Versorgung von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen.¹⁹

Zehn Jahre nach der Landesgesundheitskonferenz bietet die partizipative Entwicklung des Manahrnepakets unter Einbeziehung der Beschlüsse der LGK und neuer Erkenntnisse nun Gelegenheit, wichtige Schritte zu gehen, um die inklusive Gesundheitsversorgung in NRW sicherzustellen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich die Situation durch die Corona-Pandemie und damit einhergehende Belastungen des allgemeinen Gesundheitssystems in den letzten Jahren noch verschärft haben.

4 Politische Instrumente in Nordrhein-Westfalen

Der Aktionsplan „NRW inklusiv“ zur Umsetzung der UN-BRK in Nordrhein-Westfalen sollte in seinem Kapitel „Gesundheit und Gesundheitsversorgung“ strategisch und kontinuierlich Manahrnemanahmen zur schrittweisen Verwirklichung eines inklusiven und barrierefreien Gesundheitswesens in NRW aufnehmen. Das aktuelle Kapitel enthält derzeit nur Manahrnemanahmen der Landesregierung, die punktuelle Verbesserungen, vor allem mehrheitlich für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, in den Blick nehmen.²⁰ Strukturelle Anpassungen stehen jedoch aus. Die Landesregierung sollte ihre Anstrengungen verstärken, um die Barrierefreiheit im Gesundheitswesen auszubauen. Die in dem geplanten Manahrnepaketaufgenommenen Manahrnemanahmen zum strukturellen Ausbau der Barrierefreiheit im Gesundheitssektor können in diesem Sinne im fortlaufend weiterentwickelten Aktionsplan aufgenommen werden.

Als Expert*innen in eigener Sache sind Menschen mit Behinderungen nach dem Partizipationsgebot der UN-BRK (Artikel 4 Absatz 3 und Artikel 33 Absatz 3) bei der Erstellung des Manahrnepakets eng zu beteiligen. Ihre allgemeine Einschätzung der geplanten Manahrnemanahmen sowie die Identifikation von guten Beispielen und bestehenden Handlungsbedarfen können dem Manahrnepaketaus wirksames Steuerungsinstrument dienen. Für die Beteiligung von Menschen mit Behinderungen und ihren Organisationen eignen sich der Fachbeirat Gesundheit und gegebenenfalls über seine Strukturen zu bildende Arbeitsgruppen.

Die zu entwickelnden politischen Manahrnemanahmen sollten den SMART-Anforderungen genügen, also eindeutig, messbar, zeitlich terminiert und mit Mitteln hinterlegt sein, um Transparenz und Verbindlichkeit herzustellen.²¹

Erfreulich ist, dass die amtierende Landesregierung laut Koalitionsvertrag sich dazu verpflichtet hat, „dass sich alle Menschen an allen Orten [in Nordrhein-Westfalen] auf

¹⁹ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (2021): Herausforderndes Verhalten und Gewaltschutz in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Abschlussbericht der Expertenkommission.

²⁰ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (2022): Aktionsplan NRW inklusiv 2022 – Beiträge der Landesregierung zur Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in Nordrhein-Westfalen, S. 138 ff.

²¹ Für Einzelheiten zu den Verfahrenskriterien siehe Deutsches Institut für Menschenrechte (2023): „Aktionsplan Inklusion“ – Menschenrechtliche Anforderungen Handreichung für das Ministerium für Schule und Bildung NRW.

eine inklusive und diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung verlassen können.“²²
Konkret heißt es:

„Nur ein Gesundheitswesen, das Inklusion schafft und Diversität ermöglicht, ist ein gutes und patientenorientiertes Gesundheitswesen. Wir werden deshalb ein Maßnahmenpaket zur Förderung von Inklusion und Diversität im Gesundheitswesen auflegen. Dazu gehört die Sicherstellung einer inklusiven und diskriminierungsfreien Gesundheitsversorgung. Wir wollen Defizite in der Versorgung abbauen und Datenlücken schließen. Wir wollen Barrierefreiheit im Gesundheitswesen gemeinsam mit Betroffenen und Fachleuten und auf Grundlage von Fortschrittsberichten stetig und nachvollziehbar verbessern, Beratungs- und Versorgungslücken bei Mädchen und Frauen mit Beeinträchtigung gerade im gynäkologischen Bereich schließen und den zügigen und bedarfsgerechten Ausbau der ‚Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung‘ (MZEB) vorantreiben.“²³

„Wir werden (...) in den kommenden fünf Jahren erhebliche Summen zur Umsetzung der Krankenhausplanung investieren; (...). Barrierefreiheit soll zum Standard werden und bei jeder Sanierung umgesetzt werden.“²⁴

„Diskriminierungs- und diversitätssensible Ansätze sollen selbstverständlicher Teil der medizinischen und gesundheitlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung werden.“²⁵

Nordrhein-Westfalen hat mit diesen Vorhaben die Chance, eine Vorreiterrolle in Deutschland einzunehmen und wichtige Impulse in die anderen Länder zu geben.

5 Handlungsempfehlungen

Im Folgenden sind Handlungsbereiche dargestellt, derer sich die Fachabteilung des MAGS aus Sicht der Monitoring-Stelle prioritär annehmen sollte und nach Beratung durch den Fachbeirat Maßnahmen für das Maßnahmenpaket beschließen.

5.1 Barrierefreiheit von ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen

Bei Neuzulassungen von Arztpraxen oder anderen ambulanten Einrichtungen muss Barrierefreiheit verpflichtender Standard sein; im Bestand ist der barrierefreie Umbau von Arztpraxen sowie Rehabilitationsangeboten durch finanzielle Förderprogramme anzustreben mit dem Ziel, flächendeckend und wohnortnah barrierefreie Angebote sicherzustellen. Verbindliche Mindeststandards für die Barrierefreiheit von Arztpraxen sollten unter Beteiligung der Organisationen von Menschen mit Behinderungen erarbeitet und verabschiedet sowie deren Umsetzung kontrolliert werden. Dazu gehört nicht nur die Barrierefreiheit für mobilitätseingeschränkte Personen, sondern auch Kriterien der Barrierefreiheit für Menschen mit intellektuellen, psychischen oder Sinnesbeeinträchtigungen wie beispielsweise auch Behandlungspläne in Leichter Sprache. Dies muss auch für Facharztpraxen gelten, unter anderem für gynäkologische Versorgungsangebote für Frauen und Mädchen mit Behinderungen. Entsprechende

²² Koalitionsvereinbarung von CDU und Grünen „Zukunftsvertrag für Nordrhein-Westfalen“ (2022-2027), S. 94.

²³ Ebd., S. 96.

²⁴ Ebd., S. 95.

²⁵ Ebd., S. 98.

Maßnahmen zur barrierefreien Gestaltung von Krankenhäusern – neben baulicher Barrierefreiheit beispielsweise auch Lots*innen/feste Ansprechpersonen – sind ebenfalls (fort-) zu entwickeln.²⁶ Bei der Umsetzung des Krankenhausplans NRW sind die Verpflichtungen aus der UN-BRK umzusetzen.

Empfehlungen

Die Monitoring-Stelle empfiehlt der Landesregierung darauf hinzuwirken, dass in der Regelversorgung ein flächendeckendes Angebot an barrierefreien ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung steht, etwa durch eine gesetzliche Verpflichtung zu Barrierefreiheit für neu entstehende Einrichtungen (beispielsweise im Wege der Zulassung) und ein landesweites Förderprogramm zur inklusiven Umgestaltung bestehender Einrichtungen, das alle Barrieren einbezieht.

5.2 Ausbau von spezialisierten Angeboten und angemessene Berücksichtigung von Mehraufwänden

Bei schweren Erkrankungen, komplexen Mehrfachbehinderungen oder schweren Verhaltensauffälligkeiten sollten mangels eines inklusiven Gesundheitssystems spezialisierte Angebote beratend hinzugezogen werden und bedarfsweise auch die Behandlung übernehmen. Ambulante medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) sind aufgrund ihrer multiprofessionellen und in der Behindertenmedizin erfahrenen Teams von Ärzt*innen, Psycholog*innen und Therapeut*innen und in ihrer Zusammenarbeit mit der Eingliederungshilfe und anderen unterstützenden Angeboten eine derzeit (noch) notwendige Struktur, die frühzeitige und umfassende Versorgungsleistungen für die genannte Personengruppe sicherstellt. Daher ist ein flächendeckender Auf- und Ausbau dieser Zentren in Nordrhein-Westfalen erforderlich. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass dort auch die gynäkologische Versorgung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen erfolgen kann.

Flächendeckend ist zum jetzigen Zeitpunkt eine Kombination aus Behandlungsangeboten in einem gestärkten Regelversorgungssystem und in ambulanten und/oder stationär arbeitenden Zentren für Inklusive Medizin sowie spezialisierte Stationen in Kliniken für besonders komplexe Unterstützungsbedarfe anzustreben.²⁷

Es muss aber im Blick behalten werden, dass der Auf- und Ausbau von spezialisierten Angeboten nicht zu einem Parallelsystem führt, das die Weiterentwicklung des allgemeinen Gesundheitssystems zu einem inklusiven ausbremst und Sonderstrukturen verstetigt. Entsprechend dem Grundsatz der Inklusion der UN-BRK ist die Versorgung von Menschen mit Behinderungen in der Regelversorgung vorzuziehen.²⁸

Damit aber eine medizinische Versorgung aller Menschen in einem inklusiven Regelsystem gewährleistet werden kann, sind (zeitliche) Mehraufwände für die Behandlung von Menschen mit Behinderungen angemessen zu vergüten, um

²⁶ Siehe z.B. das Projekt „Klinik inklusiv“ der Fachhochschule der Diakonie, des Ev. Klinikums Bethel sowie des Krankenhauses Mara gGmbH in Bielefeld.

²⁷ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (2021): Herausforderndes Verhalten und Gewaltschutz in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Abschlussbericht der Expertenkommission, S. 169 ff.; Bundesvereinigung Lebenshilfe (2020): Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung verbessern! – Positionspapier der Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.; siehe auch die Klinik für Inklusive Medizin im Evangelischen Krankenhaus Hagen-Haspe: <https://evk-haspe.de/kliniken-zentren/klinik-fuer-inklusive-medizin/kurzvorstellung>.

²⁸ Weller, Penelope: Article 25, in: Bantekas, Ilias / Stein, Michael Ashley / Anastasiou, Dimitris (2018): The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities – A Commentary. Oxford: Oxford University Press, S. 723.

Diskriminierungen durch Nichtbehandlungen oder unzureichenden Behandlungen entgegenzuwirken. Das Vergütungssystem bildet den behinderungsspezifischen Mehrbedarf und den entsprechenden Mehraufwand der Vertragsärzt*innen bei der Versorgung von Menschen mit schweren Behinderungen derzeit noch nicht angemessen ab.

Empfehlungen

Die Monitoring-Stelle empfiehlt der Landesregierung daher, eine bedarfsdeckende Struktur an MZEBs weiter aufzubauen, solange die inklusiven Strukturen im Regelsystem der Gesundheitsversorgung noch im Aufbau sind, sowie eine angemessene Berücksichtigung von (zeitlichen) Mehraufwänden für die Behandlung von Menschen mit Behinderungen im Vergütungssystem medizinischer Regeleinrichtungen sicherzustellen.

5.3 Bewusstseinsbildung und behinderungsspezifische Qualifizierung von Fachkräften im Gesundheitswesen

Für die Verwirklichung des Rechts von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung muss sich das Handeln der in der Gesundheitsversorgung tätigen Fachkräfte an den Rechten und Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen orientieren. Die Fachkräfte müssen ein Verständnis vom menschenrechtlichen Modell von Behinderung der UN-BRK haben, das heißt, dass Behinderung durch Barrieren in der Gesellschaft entsteht, sowie Kenntnisse über Themen wie Selbstbestimmungsrecht, was im Gesundheitssystem eng verbunden ist mit dem Recht auf informierte und freiwillige Einwilligung in jedwede medizinische Behandlung. Dazu müssen die Fachkräfte für eine Behandlung von Menschen mit Behinderungen ausgebildet sein und deren besondere Bedarfe erkennen – etwa den Bedarf von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen in Leichter Sprache informiert zu werden, die Notwendigkeit einer Kommunikation mit gehörlosen Menschen via Gebärdensprachdolmetschung sowie besondere Ruhebedarfe von Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen. Zentral bleibt dabei, dass die Behandlung nicht über den Kopf der Menschen hinweg (etwa mit Begleitpersonen) besprochen wird, sondern mit ihnen selbst.²⁹

Auch das Bundesverfassungsgericht hat dem Gesetzgeber – vor dem Hintergrund mangelnden Fachwissens und einer unzureichenden Sensibilisierung des medizinischen und pflegenden Gesundheitspersonals für behinderungsspezifische Besonderheiten – entsprechende Vorgaben für die Aus- und Fortbildung in der Medizin und Pflege empfohlen. Damit soll auf die Vermeidung von Benachteiligungen wegen Behinderungen gewirkt werden.³⁰ Wichtig wäre es vor allem, Kenntnisse über Beeinträchtigungsformen und mögliche Zusammenhänge mit Therapien zum Gegenstand der allgemeinen medizinischen Qualifizierung zu machen.

Empfehlungen

Die Monitoring-Stelle empfiehlt der Landesregierung,

- eine verpflichtende Aufnahme der spezifischen Bedarfe von Menschen mit Behinderungen in die Studien- und Ausbildungs-Curricula und Prüfungsordnungen der Berufsgruppen im Gesundheitswesen sicherzustellen, die dazu beitragen, Vorurteile

²⁹ Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2021): Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung, S. 41 ff.

³⁰ Bundesverfassungsgericht (2021): Beschluss vom 16.12.2021, BvR 1541/20, Rn. 113, 128.

- und Diskriminierung abzubauen und eine patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten.
- flächendeckende Sensibilisierungs- und Fortbildungsangebote zur inklusiven Gesundheitsversorgung für Fachkräfte zu gewährleisten.

5.4 Schließen von Datenlücken sowie Aufbau der universitären Lehr- und Forschungsschwerpunkte

Um das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit diskriminierungsfrei und umfassend zu verwirklichen, ist es dringend erforderlich, auf dem Gebiet der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen weiter zu forschen. Wie der Teilhabebericht NRW, aber auch der dritte Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen offengelegt haben, gibt es große Datenlücken.³¹ Um Entwicklungen bei der Umsetzung des Rechts auf inklusive Gesundheitsversorgung besser bewerten sowie Versorgungslücken systematisch identifizieren und gezielt schließen zu können, wie beispielsweise im Bereich der gynäkologischen und urologischen Versorgung oder im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit körperlichen und kognitiven Behinderungen, bedarf es künftig differenzierter Daten sowohl im Bereich der ambulanten stationären Versorgung als auch im Hinblick auf alle Beeinträchtigungsformen. Hier sind umfassende wissenschaftliche Erhebungen zu den vorhandenen Strukturen und Angeboten erforderlich.

Gleichzeitig bedarf es weiterer universitärer Lehr- und Forschungsschwerpunkte zur medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen an medizinischen Fakultäten. Forschung zu inklusiver Medizin, einschließlich Grundlagenforschung in diesem Gebiet, aber auch Versorgungsforschung sowie deren Vermittlung sind unabdingbar, um die Versorgungssituation von Menschen mit Behinderungen langfristig zu verbessern. Außerdem ist im Hinblick darauf, dass nur wenige Menschen mit Behinderungen Medizin studieren oder eine andere Ausbildung im Gesundheitsbereich ergreifen und damit positive Rollenbilder fehlen, zu prüfen, wie die Ausbildungsgänge zugänglicher gestaltet werden können.

Empfehlungen

Die Monitoring-Stelle empfiehlt der Landesregierung, dafür Sorge zu tragen, dass bestehende Datenlücken geschlossen, universitäre Lehr- und Forschungsschwerpunkte aufgebaut werden und medizinische Ausbildungsgänge für Menschen mit Behinderungen zugänglicher gestaltet werden können.

6 Fazit

Die Umsetzung des im Koalitionsvertrag angekündigten „Maßnahmenpakets zur Förderung von Inklusion und Diversität im Gesundheitswesen“ erfordert eine koordinierte und langfristige Strategie, die über die Legislatur hinausgeht. Wie dargestellt sind die Befunde und die sich daraus ergebenden dringendsten Handlungsnotwendigkeiten – gestützt durch die Verpflichtungen aus der UN-BRK – klar. Um die Handlungsnotwendigkeiten in konkrete Maßnahmen zu überführen, sollten sie im

³¹ Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2021): Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung, S. 41 ff.

Fachbeirat partizipativ diskutiert werden. Darauf basierend sollte das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW das im Koalitionsvertrag angekündigte Maßnahmenpaket verabschieden, einschließlich einer klaren Zeitschiene zur Umsetzung der Maßnahme (ggf. mit Meilensteinen) unter Bereitstellung der erforderlichen Haushaltsmittel.

Durch den Ausbau eines wohnortnahen, barrierefreien Zugangs zu medizinischen Einrichtungen und gesundheitlichen Dienstleistungen, die gezielte Schließung von Versorgungslücken, den Ausbau von spezialisierten Angeboten, die Bewusstseinsbildung und behinderungsspezifische Qualifizierung von Fachkräften im Gesundheitswesen, aber auch das Schließen von Datenlücken sowie Aufbau der universitären Lehr- und Forschungsschwerpunkte kann Nordrhein-Westfalen einen wichtigen Schritt hin zu einem inklusiven und patientenorientierten Gesundheitswesen gehen.

Impressum

Deutsches Institut für Menschenrechte
Zimmerstraße 26/27, 10969 Berlin
Tel.: 030 25 93 59-0
info@institut-fuer-menschenrechte.de
www.institut-fuer-menschenrechte.de

KONTAKT:

Dr. Susann Kroworsch | Monitoring Nordrhein-Westfalen
kroworsch@institut-fuer-menschenrechte.de
Tel.: 030 259 359-444

LIZENZ: Creative Commons (CC BY-NC-ND 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>
September 2023

Das Institut

Das Deutsche Institut für Menschenrechte ist die unabhängige Nationale Menschenrechtsinstitution Deutschlands (§ 1 DIMR-Gesetz). Es ist gemäß den Pariser Prinzipien der Vereinten Nationen akkreditiert (A-Status). Zu den Aufgaben des Instituts gehören Politikberatung, Menschenrechtsbildung, Information und Dokumentation, anwendungsorientierte Forschung zu menschenrechtlichen Themen sowie die Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen. Es wird vom Deutschen Bundestag finanziert. Das Institut ist zudem mit dem Monitoring der Umsetzung von UN-Behindertenrechtskonvention und UN-Kinderrechtskonvention sowie der Berichterstattung zu den Konventionen des Europarats zu Menschenhandel und zu Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt betraut worden. Hierfür hat es entsprechende Monitoring- und Berichterstattungsstellen eingerichtet.