

**Fachtagung der Fachverbände:
Soziale Assistenz, gute Pflege und
ärztliche Versorgung für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung
im Krankenhaus – Situation und Perspektive**

- Ergebnisprotokoll -

Datum: 28. Januar 2020

Ort: Haus der Kirche, Kassel-Wilhelmshöhe

An der Veranstaltung nahmen 120 Fach- und Führungskräfte verschiedener Professionen, die an der gesundheitlichen Versorgung und der sozialen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen beteiligt sind, teil.

Prof. Dr. Michael Seidel, vormals Ärztlicher Direktor des Stiftungsbereichs Bethel.regional, führte unter Bezug auf Art. 25 UN-BRK zunächst ins Thema ein und erinnerte daran, dass die Fachverbände bereits im Rahmen ihres Symposiums 2010 Problemlagen und Lösungsansätze in Bezug auf die Krankenhausversorgung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung erörtert haben.

Beklagt werden seither die immer gleichen Probleme, die auch empirisch belegt sind:

- Mängel in der Zugänglichkeit der Krankenhäuser
- Mängel im Rahmen der Behandlung selbst, weil Kenntnisse über Behinderungsbilder beim medizinischen Personal oft fehlen
- Mängel in der Sicherung des Erfolges der medizinischen Intervention, weil es an Kommunikation mit dem Patienten selbst, Familie bzw. übrigen Versorgungssystem fehlt

Nach Einführung der DRGs haben sich diese Schwierigkeiten noch verschärft.

Prof. Dr. Seidel stellte drei Formen des im Rahmen eines Klinikaufenthaltes entstehenden Mehraufwandes dar:

1. Begrenzter quantitativer Mehraufwand, noch im Rahmen der DRGs abbildbar (DRGs beruhen auf einer Durchschnittskalkulation);
2. Wesentlich erhöhter Mehraufwand, nicht von den DRGs erfasst, z.B. dauernd notwendige Präsenz;
3. Quantitativer und qualitativer Mehrbedarf, personenbezogene Kenntnisse und Handlungskompetenzen sind nötig, ist nur durch eingeübte und erfahrene Personen zu leisten – dies sind Leistungen der sozialen Teilhabe, Assistenzleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe.

Er verwies auf die Checkliste zur Verbesserung der Kooperation zwischen Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe und den Krankenhäusern:

<https://diefachverbaende.de/fachthemen/>

Jürgen Dusel, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, stellte Teilhabe und Inklusion als unverzichtbare Elemente der Demokratie dar. Nicht nur bauliche Barrieren behindern Menschen, sondern ihr Leben ist oft auch geprägt von einstellungsbedingten Barrieren, Paternalismus und einem fehlenden medizinischen Verständnis von Behinderung. Er wies darauf hin, dass Art. 25 UN-BRK geltendes Recht ist und es Aufgabe des Staates sei, Menschen über dieses Recht und die Möglichkeiten zur Durchsetzung zu informieren. Er führte nochmals grundsätzlich seine aktuellen [Teilhabeempfehlungen](#) vor Augen und stellte im Zusammenhang mit der Assistenz im Krankenhaus drei Forderungen auf:

1. Den Assistenzbedarf im Krankenhaus unabhängig von der Art der sonstigen Versorgung der Betroffenen sicherzustellen;
2. Die Schaffung eines neuen, individuelleren Aufnahmemanagements;
3. Eine klarere Kostenregelung, da bundesweit uneinheitliche Regelungen in der Finanzierung bestehen und man deshalb nicht von gleichwertigen Lebensverhältnissen im Bundesgebiet und zwischen Menschen mit und ohne Behinderung sprechen kann.

Prof. Dr. Peter Martin, Diakonie Epilepsiezentrum Kork, stellte in seinem sehr anschaulichen Vortrag und anhand von Videoaufnahmen dar, weshalb für die Behandlung von Menschen insbesondere mit kognitiven Einschränkungen besondere kommunikative und interpretative ärztliche Kompetenzen nötig sind. Es gehe um einen Haltungswechsel, Behinderung als Rahmenbedingung des ärztlichen Handelns zu verstehen, die die Krankheit auch überlagern und zu Fehlinterpretationen führen kann. Die Kommunikation mit Menschen mit Behinderungen sowie ihren An- und Zugehörigen sei insgesamt als defizitär einzuschätzen. Er setzte sich dafür ein, dass diese Kompetenzen in der Aus- und Weiterbildung des medizinischen und pflegerischen Personals künftig einen festen Platz finden.

Prof. Dr. Doris Tacke, Fachhochschule der Diakonie Bielefeld, stellte mit dem Projekt „Klinik inklusiv“ ein Projekt vor, bei dem im Interesse einer sicheren und guten Krankenhausbehandlung sogenannte „klinische Pflegeassistent_innen“ helfen, die Kommunikation zwischen Klinikpersonal, Menschen mit Behinderungen und deren An- bzw. Zugehörigen zu vermitteln. Sie bereiten gemeinsam mit dem sozialen Umfeld des Betroffenen den Krankenhausaufenthalt vor, begleiten den Menschen mit Behinderung während der Klinikbehandlung sowie nach der Entlassung. Sie sammeln wichtige Informationen, um sie an das medizinische und pflegerische Personal zu übermitteln und bereiten auch die Entlassung des Menschen mit Behinderung mit vor. Es geht im Kern darum, beim Betroffenen ein Gefühl der Sicherheit im unbekanntem Umfeld „Klinik“ und damit Akzeptanz für anstehende Behandlungen zu schaffen. Von einer guten Compliance profitieren auch Ärzte und Pflegepersonal. Zugleich wird es durch den Einsatz der speziell qualifizierten Pflegeexpert_innen möglich, relevante behinderungsspezifische Informationen und Beobachtungen an das Klinikpersonal zu übermitteln und so auch auf dieser Seite für mehr Sicherheit im Umgang mit Menschen mit Behinderungen und für eine adäquate Behandlung zu sorgen.

Christoph Radbruch, Vorsitzender des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e.V., erläuterte vier verschiedene Möglichkeiten der Vergütung des behinderungsbedingten Mehrbedarfs im Zuge der Krankenhausbehandlung:

- a) Zusatzentgelte, § 6 Abs. 1 KHEntG
(das sind bepreiste Zusatzentgelte gem. Anlage 2 und 5 Fallpauschalenkatalog einerseits und unbepreiste Zusatzentgelte gem. Anlage 4 und 6 Fallpauschalenkatalog andererseits)
- b) Besondere Einrichtungen, § 17 b Abs. 1 S.10 KHG
- c) Qualitätsverträge für die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, § 110 a SGB V
- d) Medizinische Behandlungszentren, § 119 c SGB V

Zur sinnvollen Verknüpfung der Assistenzleistungen der Eingliederungshilfe mit den Möglichkeiten innerhalb des Krankenhauses prüft der Evangelische Krankenhausverband derzeit, ob die Curricula der Heilerziehungspfleger_innen einen hinreichend hohen Anteil an pflegerischen Fachkenntnissen vermitteln.

Katja Rosenthal-Schleicher, Evangelisches Klinikum Bethel, stellte die Bemühungen des Fachkrankenhauses Mara um den Abschluss eines Qualitätsvertrages gem. § 110 a SGB V dar. Das Fachkrankenhaus Mara mit Epilepsiezentrum und Klinik für Behindertenmedizin ist ein Krankenhaus der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel und arbeitet eng im Verbund mit dem Evangelischen Klinikum Bethel, einem Maximalversorger, zusammen. Es bietet insofern ideale Voraussetzungen, als dort mit dem angeschlossenen MZEB bereits jetzt sehr stark interdisziplinär an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gearbeitet wird. Das Konzept beschreibt den erhöhten Ressourcenaufwand entlang des Versorgungspfades im Klinikalltag in fünf Bereichen:

1. Strukturiertes Aufnahmemanagement
2. Individualisiertes, intensiviertes Entlassmanagement
3. Bezugspersonen
4. Kommunikationskonzept
5. Verbesserung von Diagnostik, insbesondere spezialisiertes Schmerzassessment, Therapie und Pflege durch besondere Fortbildungsmaßnahmen und Schulungskonzept für alle an der Versorgung beteiligten Professionen.

Janina Bessenich, Geschäftsführerin des CBP e.V., beschrieb zunächst das Problem, dass § 11 Abs. 3 SGB V die Assistenz im Krankenhaus nur für diejenigen Versicherten regelt, die ohnehin Assistenz zu Lasten der GKV erhalten (Arbeitgebermodell). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Begleitung im Krankenhaus auch als Leistung der sozialen Teilhabe in der Eingliederungshilfe zu verankern.

Sie stellte dar, ob und inwieweit die neuen Landesrahmenverträge bzw. die Überleitungsvereinbarungen der Eingliederungshilfe in den einzelnen Bundesländern die Assistenz im Krankenhaus berücksichtigen und musste feststellen, dass diese Leistungen nur in einzelnen Bundesländern überhaupt ausdrücklich Erwähnung finden.

Solange die Assistenz im Krankenhaus nicht ausdrücklich in den §§ 78 und 113 SGB IX geregelt ist, besteht die Notwendigkeit, diese Leistungen als befähigende Leistungen „zur Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen“ (§ 78 Abs. 1 SGB IX) bzw. als befähigende Assistenzleistungen im Rahmen des § 113 SGB IX zu beschreiben.

Ergebnisse der Diskussion:

Es bestand Einigkeit darüber,

- dass eine engere Verknüpfung zwischen außerklinischer und klinischer Versorgung insbesondere von Menschen mit Schwer- und Mehrfachbehinderung erforderlich ist. Informationen und Kenntnisse der außerklinischen Versorger müssen für die klinische Versorgung nutzbar gemacht werden.
- der erhöhte Ressourcenaufwand insbesondere bei der Behandlung von Menschen mit Mehrfachbehinderungen und kognitiven Einschränkungen in allen Phasen des Behandlungsprozesses einschließlich Aufnahme- und Entlassmanagement noch genauer beschrieben werden kann und muss, um eine Fehl- oder Nichtbehandlung zu verhindern.
- eine jeweils individuelle Erhebung zu bestehenden Bedarfen in den Bereichen Kommunikation, Verhalten und Schmerzassessment zum Abbau von Stress und Ängsten führt, zu mehr Compliance und damit letztlich der Sicherstellung der Krankenhausbehandlung überhaupt.
- es unterschiedliche Möglichkeiten gibt, den erhöhten Aufwand innerhalb der Kliniken zu finanzieren; Qualitätsverträge sind eine gute Möglichkeit, aber aufwändig und bisher zu wenig genutzt.
- dass die verbindliche Aufnahme von Behinderungsbildern in die Aus- und Weiterbildungscurricula von medizinischem und pflegerischem Personal erforderlich ist.
- dass es keine Neuzulassung nicht barrierefreier Arztpraxen geben darf und die Budgetierung der Hausärzte überprüft werden muss.
- **Gesundheitssorge** als Bestandteil der sozialen Teilhabe verstanden werden muss und über die ICF hergeleitet werden kann (Kapitel 5, Selbstversorgung). Davon zu unterscheiden ist die **Gesundheitsversorgung** und damit alle präventiven, kurativen und rehabilitativen Leistungen des Gesundheitswesens. Es besteht derzeit (u.a.) folgender Handlungsbedarf:
 - Assistenz im Krankenhaus muss als Leistung der Eingliederungshilfe eindeutig klargestellt oder explizit im SGB IX verankert werden.
 - Es muss verbindliche Anschlussregelungen zwischen SGB V und IX geben:
 - Kostenzuständigkeit für Lohnersatzkosten, Kosten für Betreuung von Haushaltsangehörigen bei Assistenz durch Angehörige und
 - Kostenzuständigkeit für Personalausfallkosten bei Assistenz durch Mitarbeitende von Diensten und Einrichtungen müssen geklärt werden.
 - Regelungen für Klinische Pflegeexperten sind notwendig.

Kontroversen:

- Zur Gestaltung der Schnittstelle zur außerklinischen Versorgung könnte man das Regelsystem des SGB V ausbauen **oder** Assistenz im Krankenhaus über eine ausdrückliche Aufnahme in den § 78 SGB IX **oder beides** anstreben;
- Sind spezialisierte Stationen und/oder eine spezialisierte Notaufnahme für diese Personengruppe wünschenswert oder geht es eher um Zugänglichkeit und Teilhabe für alle? Was ist erstrebenswert (und was realistisch)?
- MZEBs und spezialisierte Stationen sollen die Regelversorgung nicht ersetzen, sind aber als spezialisiertes medizinisches Angebot notwendig.

Annett Löwe, CBP e.V.