

Für alle, jetzt! - Gesundheit ist Menschenrecht

Paritätische Eckpunkte für ein inklusives Gesundheitswesen

Im Ranking um das beste Gesundheitssystem muss sich Deutschland derzeit noch nicht verstecken, es belegt aktuell meist einen der vorderen Plätze. Leider profitieren aber nicht alle gleichermaßen von diesem System. So haben diverse Faktoren, wie z. B. der sozioökonomische oder gesundheitliche Status und das Erleben von (struktureller) Diskriminierung direkte negative Auswirkungen auf die Gesundheitschancen von Menschen. Auch zeigen sich deutliche Über- bzw. Unterversorgungsszenarien im Vergleich von städtischen mit ländlichen und im Vergleich von finanziell stärker aufgestellten mit finanzschwachen Regionen. Intersektionale Wechselwirkungen und die hieraus resultierende Mehrfachdiskriminierung reduzieren zudem sehr häufig nicht nur die Zugangschancen, sondern auch die Qualität der gesundheitlichen Versorgung.

Insbesondere Menschen mit chronischer Erkrankung, Multimorbidität, einer psychischen Erkrankung oder einer Beeinträchtigung sind im Hinblick auf ihre Gesundheitsversorgung oftmals benachteiligt. Und dabei geht es nicht um Einzelfälle: Laut einer Studie der Stiftung Gesundheitswissen waren 2021 etwa 40 Prozent der Bevölkerung in Deutschland chronisch krank, knapp 10 Prozent der Bevölkerung hatten laut Statistischem Bundesamt Ende 2021 eine anerkannte Schwerbehinderung.

Darüber hinaus weisen zahlreiche Studien darauf hin, dass Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund von Sprachbarrieren, Diskriminierungserfahrungen oder mangels mehrsprachiger, niedrighschwelliger Informationsangebote über das Gesundheitssystem mit Barrieren in der Versorgung konfrontiert sind.

Finanzielle Gründe sind ein weiterer Faktor, der zu einer eingeschränkten Gesundheitsversorgung führt. Hiervon betroffen sind z. B. Geringverdienende, deren Leistungsanspruch aufgrund von Beitragsschulden ruhend gestellt ist oder sich Zuzahlungen z. B. zu Hilfs- und Heilmitteln oder sonstigen Medizinprodukten nicht leisten können.

Für bestimmte Personengruppen ist der Zugang zu Gesundheitsleistungen auf eine unzureichende Notversorgung beschränkt oder aufgrund eines ungeklärten Versicherungsstatus erschwert. Dies betrifft z. B. wohnungslose Menschen, die nicht im Bürgergeld- oder Grundsicherungsbezug und damit nicht krankenversichert sind, sich legal in Deutschland aufhaltende EU-Bürger*innen, die keine pflichtversicherte Beschäftigung gefunden haben und denen der Anspruch auf Bürgergeld versagt ist, Staatenlose, Bürger*innen ohne Ausweispapiere, Geflüchtete, Asylbewerber*innen und Haftentlassene. Insbesondere für Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität stellt die Pflicht der öffentlichen Stellen (z. B. kommunale Krankenhäuser) sowie der Sozialbehörde, sie umgehend bei der Ausländerbehörde zu melden, ein großes

Hemmnis dar, sich über einen Behandlungsschein ärztlich behandeln zu lassen, selbst im Notfall.

Darüber hinaus gibt es gravierende Versorgungslücken für trans- und intergeschlechtliche sowie nicht-binäre Menschen, da sich Ärzt*innen häufig nicht zuständig fühlen und z. B. Behandlungen verweigern.

Angesichts einer älter und diverser werdenden Gesellschaft sind immer mehr Menschen von Barrieren im Gesundheitssystem betroffen. Dies schließt verschiedene Personengruppen ein, die aufgrund unterschiedlicher Faktoren in ihrer Gesundheitsversorgung benachteiligt sind.

Das Gesundheitssystem in Deutschland muss daher insbesondere hinsichtlich der Kriterien Diversitätsgerechtigkeit und Chancengleichheit verbessert werden. Dies auch vor dem Hintergrund, dass Deutschland das Menschenrecht auf Gesundheit mit der Ratifizierung des UN-Sozialpakts schon im Jahr 1976 anerkannt hat. Eine wesentliche Rolle spielen dabei auch die Stärkung der Patient*innenrechte und Patient*innenbeteiligung.

Eine niedrigschwellige, diskriminierungsfreie und leitliniengetreue Versorgung für alle Menschen zu garantieren, ist unerlässlich und zählt zu den zentralen Herausforderungen für das Gesundheitssystem. Die Sicherstellung eines gleichberechtigten und umfassenden Zugangs zur Gesundheitsversorgung muss daher handlungsleitende Maxime und übergeordnetes Ziel politischer Reformen sein.

Aus Sicht des Paritätischen müssen hierfür folgende Eckpunkte erfüllt werden:

1. Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung neu denken

Der Paritätische tritt für eine solide und solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens ein. Die Einführung eines einheitlichen Versicherungssystems (wie z. B. einer sozialen Bürger*innenversicherung) ist ein wesentlicher Beitrag dazu. Das Ziel muss sein, die Finanzierungslasten gerecht zu verteilen und einen Wettbewerb um die bestmögliche Versorgung zu befördern. Das setzt – dem Grundsatz der Parität entsprechend – ein nach gleichen Kriterien gestaltetes Versicherungssystem voraus, in das alle Menschen entsprechend ihres Einkommens einzahlen.

Die bestehende Versicherungspflichtgrenze verhindert eine solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens. Zur Finanzierung eines einheitlichen Versicherungssystems müssen alle Einkommensarten gleich behandelt und alle steuerlichen Einkommensarten bei der Beitragsberechnung berücksichtigt werden.

2. Lebenswelten gesundheitsförderlich und inklusiv gestalten

Ob Menschen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind, liegt oftmals nicht im unmittelbaren Einflussbereich der medizinischen Versorgung, sondern unter anderem in den Umwelt-, Lebens- und Arbeitsbedingungen, und dem Maß an gesellschaftlicher Teilhabe und Partizipation. Nicht alle Menschen haben

gleichermaßen Zugang zu gesunder Ernährung, Sportmöglichkeiten oder Bewegung an der freien Luft. Auch im Bereich der Klimagesundheit zeigen sich deutliche soziale Unterschiede in der Belastung, Sensitivität und Anpassungsfähigkeit z. B. gegenüber steigenden Temperaturen: Sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen leben häufiger in schlechter isolierten Gebäuden, auf engerem Wohnraum oder in städtischen Ballungsgebieten mit weniger Grünflächen und natürlicher Beschattung und gehen häufiger einer körperlich anstrengenden beruflichen Tätigkeit im Freien nach.

Ein inklusives, diskriminierungsfreies und umfassendes Gesundheitssystem fördert Gesundheit in allen Lebenswelten und an allen Lebensorten - unabhängig von der finanziellen Situation, dem sozialen Status, der ethnischen Herkunft oder anderen individuellen Lebensumständen ihrer Bewohner*innen - niedrigschwellig, zugehend und sozialraumorientiert. Gesundheitsförderung ist als intersektorale Aufgabe zu verstehen, um in verschiedenen Lebenswelten (Settings) auch außerhalb der Gesundheitsversorgung, wie z. B. Kita, Jugendhilfe, (Hoch-)Schule, Betrieb oder Quartier, aber auch Sport- und Freizeitstätten sowie Behörden, Gesundheitsressourcen zu stärken und Strukturen und Prozesse partizipativ so umzugestalten, dass sie zugänglicher und kooperativer ausgerichtet sind. Mitgestaltungs- und Mitsprachemöglichkeiten und die hieraus resultierende Selbstwirksamkeit tragen zu einem höheren Maß an Wohlbefinden bei. Dieses Gesundheitsverständnis verlangt eine lebendige kommunale Demokratie und vermag diese zugleich zu stärken.

Das Ziel einer inklusiven und diversitätssensiblen Gesundheitspolitik muss deshalb sein, Verbesserungen im Gesundheitszustand aller sozial gerecht zu verteilen und allen Menschen ein höheres Maß an gesundheitlicher Selbstbestimmung zu ermöglichen - unabhängig davon, ob sie in der Stadt oder im ländlichen Raum leben. Hierfür müssen gleichermaßen personale und organisationale Gesundheitskompetenzen gefördert und strukturell gesundheitsschädliche Lebensverhältnisse (wie z. B. Armut, Gewalt) durch eine zusammenhängende und ressortübergreifende politische Gesamtstrategie verhindert werden (Health in All Policies). Auch das neu geplante Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) muss diese Handlungsmaximen verfolgen und sich über die rein biomedizinische Ebene hinausgehend im Sinne der gesundheitlichen Chancengleichheit für eine barrierefreie und diversitätssensible Gesundheitsförderung und -versorgung einsetzen.

3. Barrierefreien Zugang zu Gesundheitsleistungen gewährleisten, vor Ort und digital

Angebote der Gesundheitsversorgung müssen für alle Menschen gleichermaßen erreichbar und nutzbar sein. Das ist gegenwärtig nicht der Fall. So gilt z. B. die freie Arztwahl gem. § 76 SGB V auf dem Papier zwar für alle Versicherten, de facto ist sie aber für einige Personengruppen, unter anderem für Menschen mit Behinderungen, eingeschränkt. Einrichtungen und Dienste der gesundheitlichen Versorgung sind

selten barrierefrei. Barrierefreiheit beschränkt sich dabei im Sinne des § 4 Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) nicht auf bauliche Aspekte, sondern umfasst auch die kommunikative, informative, administrative und digitale Barrierefreiheit für jede Form der Beeinträchtigung (körperlich, psychisch, kognitiv, sinnesbeeinträchtigt).

So sind z. B. der Abbau von baulichen Barrieren in Beratungs- und Untersuchungszimmern, die Nutzbarmachung von Untersuchungsmobiliar für sinnes- und körperbeeinträchtigte Menschen sowie eine niedrighschwellige Nutzbarkeit analoger und digitaler Angebote (z. B. Terminbuchungsanwendungen, Antragsformulare, ...) erste Schritte auf dem Weg zu einem barrierefreien Gesundheitswesen.

Auch ergänzende Angebote der Gesundheitsversorgung, wie z. B. die gesundheitliche Selbsthilfe, müssen als wichtiger Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens für alle potenziellen Nutzer*innen erreichbar sein. Neben digitalen Angeboten sind persönliche Treffen wesentlich, um Sekundäreffekten von Erkrankungen, wie Einsamkeit oder soziale Ängste, entgegenzuwirken. Selbsthilfeakteure müssen deshalb beim Ausbau barrierefreier Angebote vor Ort unterstützt werden.

Es bedarf klarer rechtlicher Vorgaben zur Schaffung umfassender Barrierefreiheit: Neben der in § 4 BGG geregelten Definition müssen auf untergesetzlicher Ebene erkennbare und umfassende Kriterien normiert werden, die Einrichtungen und Dienste erfüllen müssen, um barrierefrei zu sein. Hier sind Kriterien für alle Arten der Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Bei der Umsetzung dieser Vorgaben müssen Einrichtungen und Dienste die notwendige finanzielle Unterstützung erhalten. Zeitnah sollte die Verweigerung von angemessenen Vorkehrungen im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) als Diskriminierungstatbestand im Sinne einer Feststellungs-, Unterlassungs-, Leistungs- und Fortsetzungsfeststellungsklagemöglichkeit gesetzlich festgeschrieben werden.

Der Aufbau barrierefreier Strukturen wird Zeit beanspruchen. Da Betroffene aber bereits jetzt auf Barrierefreiheit für eine adäquate Gesundheitsversorgung angewiesen sind, ist es essentiell, zum einen politisch konkrete nächste Schritte in einem zeitlichen Rahmen festzulegen, wie z. B. die Finanzierungen von Umbaumaßnahmen. Zum anderen müssen Patient*innen kurzfristig niedrighschwellig Zugang zu übersichtlich aufbereiteten Informationen zu barrierefreien Gesundheitseinrichtungen erhalten. Die Erfahrung zeigt, dass dies aktuell trotz aller digitalen Möglichkeiten nicht gelingt.

4. Kommunikation auf Augenhöhe ermöglichen

Eine gute Gesundheitsversorgung ist nur möglich, wenn die Verständigung zwischen Mitarbeitenden von Gesundheitseinrichtungen und Diensten und Patient*innen funktioniert und partizipativ gestaltet wird. Das scheitert gegenwärtig sehr oft noch daran, dass die Strukturen der gesundheitlichen Versorgung – wie z. B. begrenzte Zeiträume für eine Behandlung oder mangelnde Kenntnis in barrierefreier

Kommunikation (z. B. Leichte Sprache, Schriftmittlung, Gebärdensprachdolmetschung) – eine Behandlung oder bereits vorher den Kontakt oftmals erschweren oder verhindern.

Für Menschen mit Migrationshintergrund ist wichtig, dass Informationen und Dienstleistungen in verschiedenen Sprachen verfügbar sind und Sprachmittlung eingesetzt wird, um Barrieren in der Verständigung abzubauen.

Es gibt bereits verschiedene Angebote zur verbesserten Kommunikation: Video-Simultangebärdendolmetsch-Angebote sind z. B. eine geeignete Möglichkeit, um schon jetzt eine barrierefreie Kommunikation zwischen Mitarbeitenden und hörbbeeinträchtigten Patient*innen sicherzustellen. Es ist wichtig, Informationen über diese Angebote zu verbreiten sowie die Angebote entsprechend zu vergüten.

5. Selbstbestimmung in der Versorgung sicherstellen

Aus verschiedenen Gründen können Menschen im Rahmen einer gesundheitlichen Behandlung oder ihres Alltags z. B. in Psychiatrien, Einrichtungen der Eingliederungshilfe, der Kinder- und Jugendhilfe und Pflegeeinrichtungen wie auch in der ambulanten Versorgung eine Missachtung ihrer Selbstbestimmung erleben, z. B. wenn freiheitsentziehende Maßnahmen, isolierte Unterbringung und Medikation ohne oder gegen den Willen oder gegen den körperlichen Widerstand der Betroffenen vorgenommen werden. Hierbei ist zwischen rechtlich legitimierten und nicht rechtlich legitimierten Zwangsmaßnahmen zu unterscheiden. Bundesweit aussagekräftige Zahlen zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen liegen nicht vor.

Wenn Menschen sich einer Behandlung oder einer aus ihrer Sicht nicht unterstützenden Maßnahme entziehen und dabei möglicherweise sich selbst oder andere wesentlich gefährden, sind alle Beteiligten vor große Herausforderungen gestellt. Der allseits prävalente Fachkräftemangel erschwert diese Situation.

Aus Paritätischer Sicht darf die Ausweitung von Zwangsmaßnahmen in den ambulanten Bereich keine Option sein. Ambulante Zwangsmaßnahmen, wie z. B. eine unfreiwillige Einnahme von Medikamenten, ein unfreiwilliger Besuch einer bestimmten Therapieform oder das unfreiwillige Leben in einer bestimmten Wohnform oder an einem bestimmten Wohnort, widersprechen den allgemeinen Menschenrechten, dem Schutz des Wohnraums und gefährden die tragfähige Beziehung zwischen psychisch erkrankten Personen und ihrer psychosozialen Begleitung.

Im Rahmen der letzten Staatenprüfung zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen am 29. und 30. August 2023 wurde Deutschland aufgefordert, die Anwendung von körperlichen und chemischen Zwangsmaßnahmen in allen institutionellen Settings zu verbieten, sowie Daten über die Anwendung von Zwangsbehandlungen und -praktiken zu erheben und zu analysieren. Nötig seien darüber hinaus unabhängige Überwachungsstellen und Beschwerdestrukturen sowie die Bestellung von unabhängigen Patient*innenfürsprecher*innen in den Kliniken.

Die Erhebung bundesweit aussagekräftiger Zahlen zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen sowie der Ausbau und die langfristige Finanzierung von wohnortnahen, niedrighschwelligem und personenzentrierten Unterstützungsangeboten und Beschwerdestellen sind erste Schritte auf dem Weg zu einer Versorgung ohne Zwang. An der Entwicklung von Kriterien für die Datenerhebung und die Ausgestaltung von Unterstützungsangeboten sind Selbstvertreter*innen unbedingt wirksam zu beteiligen.

6. Anspruch auf Assistenzleistungen bedarfsgerecht erweitern

Es gibt Personen, deren Bedarfe im Rahmen der Regelversorgung z. B. eines Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalts oftmals nicht vollumfänglich erfüllt werden können. Dies trifft z. B. auf demenziell erkrankte Personen oder Menschen mit einer komplexen Beeinträchtigung häufig zu. In einigen Fällen ist bereits die Kommunikation schwierig, sodass auf notwendige Unterstützungsbedarfe nicht hingewiesen werden kann. Eine Vertrauensperson ist dann in der Lage, für beide Seiten die notwendige Übersetzung zu leisten und so Diagnostik und Therapie zu ermöglichen.

Es muss deshalb unbedingt sichergestellt werden, dass die Versorgung und Pflege dieser Personen in allen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung nach den individuellen Bedarfen und Wünschen erfolgen kann. Hierfür muss der Gesetzgeber, z. B. in § 44b SGB V, eine rechtliche Grundlage schaffen, mit der Assistenzleistungen über den bisher anspruchsberechtigten Personenkreis hinaus in allen Gesundheitseinrichtungen personenzentriert erbracht werden können.

7. Die Vernetzung im Gesundheitswesen fördern

Insbesondere im Hinblick auf zuverlässige Versorgungsstrukturen und ein lückenloses Versorgungsnetz müssen die vorliegenden Kompetenzen und Angebote der verschiedenen Gesundheitseinrichtungen untereinander zur Kooperation genutzt werden. Dies ist vor allem über eine breite Vernetzung möglich, vor Ort und digital. Durch die Verzahnung der stationären, teilstationären und ambulanten Gesundheitseinrichtungen sowie Patient*innenorganisationen, Verbände und Interessengemeinschaften werden Versorgungslücken geschlossen und Versorgungspfade verbessert. Der hierdurch gewonnene Informationsaustausch wirkt sich unter anderem positiv auf die Bereiche Anschlussbehandlung, Hilfsmittelversorgung und kontinuierliche Erhebung von Hilfsmittel- und Hilfebedarfen aus. Hierdurch wird es Patient*innen erleichtert, ihre Teilhabeansprüche in allen Lebensbereichen zu verwirklichen, z. B. durch Inanspruchnahme beruflicher Wiedereingliederungsmöglichkeiten. Von Kooperationen zwischen Gesundheitseinrichtungen und Patient*innenorganisationen wie der Selbsthilfe profitieren Patient*innen und Mitarbeitende der Einrichtungen gleichermaßen.

Grundsätzlich ist eine Verbesserung der koordinierten und kooperativen Leistungserbringung unbedingt auch im ambulanten Bereich notwendig. Zu oft scheitert hier eine umfassende und kombinierte Leistungserbringung in den Bereichen Behandlung, Rehabilitation, Pflege und Teilhabe an massiven rechtlichen und strukturellen Hindernissen – zum Nachteil insbesondere von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Dies gilt es zu überwinden.

Auch das Entlassmanagement der Krankenhäuser, obwohl verpflichtend, scheitert in der Praxis oft an unzureichender und mangelnder personenzentrierter Koordination und Kommunikation. So kommt es gerade bei Menschen mit Behinderungen beim Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich aufgrund notdürftiger Planung und Vernetzung sowie fehlender Angebote von Anschlussmaßnahmen zu Behandlungsabbrüchen und entsprechenden Versorgungslücken. Dies kann zu schwerwiegenden gesundheitlichen Einbußen führen. Diesem Zustand ist durch intersektorale Zusammenarbeit, flächendeckende barrierefreie Angebote und guter Vernetzungsstruktur entgegenzuwirken.

8. Die Chancen der Digitalisierung nutzen

Die Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung bietet viele Chancen der Verbesserung und Vereinfachung von Abläufen, (Antrags-)Verfahren und hinsichtlich der Kommunikation, solange ein zuverlässiger Datenfluss sichergestellt ist. Bei einer erfolgreichen Implementation digitaler Angebote in die Gesundheitsversorgung können so Versorgungsprozesse patient*innenorientiert gestaltet und die Behandlungsqualität verbessert werden. Individuelle Versorgungspfade von Patient*innen (“patient journeys”) sind digital nachzuvollziehen, können mithilfe einer Evaluation ausgewertet werden und so zu Verbesserungen in der Versorgung führen. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen mit potenziell hoher Krankheitslast bietet eine strukturierte, systematische, longitudinale, sektorenübergreifende Datenerhebung und deren Auswertungen in Ergänzung zu Datenpools von Sekundärdaten der gesetzlichen Krankenversicherungen die Grundlage für bessere Forschung und patient*innenzentrierte und versorgungsrelevante Fragestellungen (z. B. langfristige Sicherheitsaspekte ohne oder mit Therapiewechsel / -beendung).

Auch die Schaffung und der Ausbau von flächendeckenden Onlinekursen (z. B. Funktionstraining) ist von großer Bedeutung zur Schaffung eines inklusiven Gesundheitswesens.

Die Architektur der digitalen Infrastruktur in der Gesundheitsversorgung muss jedoch unbedingt eine hohe Datensicherheit gewährleisten, da diese besonders im Gesundheitsbereich von signifikanter Bedeutung ist. Die Datenhoheit muss zwingend bei den Patient*innen liegen, die digitalen Angebote (insbesondere elektronische Patientenakte, digitale Gesundheitsanwendungen, digitale Pflegeanwendungen, Antragsverfahren und Terminvereinbarungsplattformen) müssen niedrigschwellig und barrierefrei nutzbar sein. Nur so werden Patient*innen den Angeboten der digitalen Gesundheitsversorgung vertrauen und diese nutzen können. Bei der Erarbeitung der

Barrierefreiheitskriterien und anschließend tatsächlicher Überprüfung sollten Patient*innenvertretungen sowie Menschen mit Behinderungen und ihre Verbände beteiligt werden. Es sind u. a. § 33a SGB V, § 341 SGB V und § 40a SGB XI entsprechend anzupassen.

Gleichzeitig ist zwingend notwendig, bei der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung von Beginn an darauf zu achten, dass durch die Einführung digitaler Systeme, Robotik, Verfahren und Angebote nicht neue Barrieren geschaffen werden, z. B. für ältere Menschen und Menschen mit kognitiven oder motorischen Beeinträchtigungen. Auch muss es unbedingt weiterhin analoge Möglichkeiten und Zugänge geben, damit Menschen, die digital nicht angebunden sind, in ihrer Versorgung keine Benachteiligung erfahren.

9. Die Kompetenzen der Expert*innen einbeziehen

Menschen mit Diskriminierungserfahrungen sind Expert*innen im Hinblick auf die Identifikation von Barrieren und Brüchen im Gesundheitswesen und können sich bei der Entwicklung von Lösungen zum Abbau dieser Hindernisse zielführend, kreativ und konstruktiv einbringen. Patient*innenvertreter*innen sowie Selbsthilfeeaktive und -organisationen müssen deshalb unbedingt frühzeitig, vollumfänglich und aktiv in die Gestaltung von Gesundheitsangeboten, Beratungen über gesetzgeberische Prozesse sowie untergesetzliche Vorgaben einbezogen werden. Dazu sind z. B. auch die Beteiligungsprozesse im Gemeinsamen Bundesausschuss zu verbessern und mit entsprechenden (finanziellen) Ressourcen zu hinterlegen.

Für das weitere Monitoring muss ein niedrighschwellig zugängliches Meldesystem für Patient*innen und Angehörige eingerichtet werden, um Barrieren in der Gesundheitsversorgung melden zu können.

10. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen stärker verzahnen

Es ist sicherzustellen, dass alle Kinder und Jugendliche die gesundheitliche Versorgung erhalten, die benötigt wird, insbesondere auch im Hinblick auf Behandlungen durch Fachärzt*innen der Kinder- und Jugendmedizin sowie psychotherapeutische Angebote.

Die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen stellt besondere Anforderungen an Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens. Bei Kindern und Jugendlichen ist neben dem Erhalt, der Wiederherstellung oder Förderung ihrer Gesundheit auch ihre individuelle persönliche Entwicklung und Förderung ein wichtiges Ziel in der Versorgung.

In der Praxis zeigen sich hierbei häufig Probleme, insbesondere an den Schnittstellen zwischen verschiedenen Leistungsträgern sowie bei entwicklungsspezifischen Übergängen. Eltern sind deshalb mit Leistungsabbrüchen bei der Versorgung ihrer Kindern konfrontiert, die ihre Entwicklung wie auch

Teilhabemöglichkeiten massiv einschränken oder gefährden. Exkludierende spezifische Einrichtungen sind jedoch keine Alternative.

Die interdisziplinäre Komplexleistung der Frühförderung ist z. B. ein wesentliches Element der Gesundheitsversorgung für Kinder mit Entwicklungsrisiko im Vorschulalter. Mit der Einschulung fällt der Anspruch auf dieses wichtige Angebot weg, sodass die Kinder in einer entscheidenden Phase ihrer Entwicklung eine gravierende Inklusionsbarriere erfahren. Angebote der Frühförderung sollten deshalb unbedingt für Kinder bis zum Ende des ersten Schuljahres ausgeweitet werden. Dabei sind die therapeutischen Anteile zu erhalten und bedarfsgerecht auszubauen. In Bezug auf die SGB VIII-Reform dürfen die Komplexleistungen und die heilpädagogischen Leistungen nicht beeinträchtigt werden.

Um die Teilhabemöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen zu verbessern, müssen für Familien wie auch für Betreuungs- und Bildungseinrichtungen (z. B. Kitas, Schulen, Ausbildungsbetriebe) Beratungsangebote zur Verfügung stehen. Auch müssen Netzwerke und Kooperationen zwischen Bildungseinrichtungen, Einrichtungen und Diensten der Kinder- und Jugendhilfe, der Eingliederungshilfe, der Sozialen Arbeit und des Gesundheitswesens verstärkt und gefördert werden.

Um die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu verbessern, ist darüber hinaus auch ein flächendeckender Ausbau der sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) notwendig. Auch müssen die SPZ die Möglichkeit erhalten, nicht-ärztliche, insbesondere psychologische und sozialarbeiterische Leistungen, als regulären Bestandteil der sozialpädiatrischen Behandlung zu erbringen. Solche Leistungen sind auch an Schulkinder oder Vorschulkinder, die keine Frühförderung erhalten, zu erbringen, um die aktuell bestehende Versorgungslücke zu schließen.

In Bezug auf die Transition von der Kinder- in die Erwachsenenversorgung sollte die abgebende (z. B. SPZ) wie auch die aufnehmende Einrichtung (z. B. Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen, MZEB) das gemeinsame Transitionsgespräch bzgl. der betreffenden Patient*innen abrechnen können, damit ein möglichst reibungsloser Übergang gewährleistet ist.

11. Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen verbessern

Eine wichtige Voraussetzung zur Umsetzung eines inklusiven Gesundheitswesens sind gute Arbeitsbedingungen für die im Gesundheitsbereich Tätigen. Im Zuge der notwendigen Transformation und Weiterentwicklung des gesundheitlichen Versorgungssystems müssen Beschäftigte und ihre Anliegen unbedingt im Blick behalten und z. B. flexible Arbeitszeit- und attraktive Vergütungsmodelle, individuelle Entwicklungsperspektiven und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten und Gesundheitsförderungsmaßnahmen verankert und umgesetzt werden.

Mitarbeitende müssen zudem die Möglichkeit erhalten, die Belange und Bedarfe ihrer Patient*innen frühzeitig individuell wahrzunehmen und bei der weiteren Behandlung berücksichtigen zu können. Hierzu müssen entsprechende

Rahmenbedingungen (wie z. B. zeitliche und personelle Ressourcen) erfüllt sein. Um dem Fachkräftemangel weiter entgegenzuwirken und Fachkräfte schneller in den Gesundheitseinrichtungen einsetzen zu können, müssen (ausländische) Ausbildungsnachweise schneller, einfacher, flexibler und durch Fachpersonen des Berufsfeldes anerkannt werden, z. B. auch durch die jeweiligen Arbeitgeber*innen.

Gleichzeitig müssen aber auch Schulungen und Fortbildungen zu den Themen chronische Erkrankungen, Multimorbidität, Ethik und Behinderung sowie Diversitätskompetenz, einschließlich der Berücksichtigung von Intersektionalität, und barrierefreie Kommunikation angeboten und die Curricula der Sozial- und Gesundheitsberufe (Studiengänge, Ausbildungen, Fort- und Weiterbildungen) entsprechend angepasst werden. Expert*innen, einschließlich Personen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen sowie Migrationshintergrund sowie deren Interessenvertretungen, müssen partizipativ an der Entwicklung der Curricula und der Durchführung von Schulungen beteiligt werden.

Berlin, 27. Juni 2024

Abteilung Gesundheit, Teilhabe und Pflege