

INTERVIEW

mit Prof. Dr. med. Michael Seidel, Ärztlicher Direktor des Stiftungsbereichs Bethel.regional der v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel

„Barrierefreiheit beginnt mit der Wertschätzung der Menschen“

Michael Seidel erläutert, wie er sich Barrierefreiheit vorstellt und welche Defizite in der ambulanten und stationären Versorgung von Menschen mit Behinderung behoben werden müssen.

Herr Prof. Seidel, ärztliche und zahnärztliche Spitzenorganisationen möchten mit einer Veranstaltung am 9. September für eine barrierefreie medizinische Versorgung sensibilisieren. Was liegt Ihrer Ansicht nach da noch im Argen?

Seidel: Ich freue mich sehr, dass es auf dieser hohen Ebene zum Bündnis der vier Organisationen gekommen ist. Das symbolisiert deutlich, dass es auf dem Weg zu einer barrierefreien Gesundheitsversorgung

Michael Seidel ist Ärztlicher Direktor im Stiftungsbereich Bethel.regional der v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel. Seit Jahren setzt er sich für die Belange von Menschen mit Behinderung und für Nachbesserungen im Gesundheitssystem ein.

viele Baustellen gibt, die keine Organisation allein bewältigen kann. Das werden immer abgestimmte, komplexe Vorgehensweisen sein müssen. Mir liegt daran, darauf hinzuweisen, dass der Begriff der Barriere nicht ausschließlich auf die bauliche Seite bezogen werden darf. Die Frage der Barriere beziehungsweise der Barrierefreiheit beginnt vielmehr bei einer offenen und wertschätzenden Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderungen. Es geht dann weiter über Fachwissen und Handlungs- und kommunikative Kompetenzen im Umgang mit Menschen mit Behinderungen, über organisatorische Abläufe in Praxen und Kliniken. Und es geht dann schließlich bis zur Frage der baulichen Ausstattung von Versorgungsangeboten.

Worin liegt denn der besondere Versorgungsbedarf für Menschen mit Behinderung?

Seidel: Wir müssen das weite Feld der Behinderung etwas systematisieren. Es gibt Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen, Menschen mit Behinderungen im Bereich der Motorik, Menschen mit Behinderungen im intellektuellen und mnestischen Bereich. Wir dürfen nicht nur an die Menschen mit einer angeborenen Behinderung denken, wir müssen auch diejenigen Menschen, die erst im Laufe ihres Lebens durch Krankheit oder Unfall oder durch altersbedingte Veränderungen des Organismus eine Behin-

derung erworben haben, berücksichtigen. Es gibt also auch eine große Schnittmenge zwischen den Menschen mit Behinderung und den Menschen, die als pflegebedürftig beschrieben werden.

Was fordern Sie von der Politik?

Seidel: Die Fachverbände für Menschen mit Behinderungen haben vor Jahren bereits die Verankerung des § 2 a SGB V erreicht, der besagt, dass bei der Gesundheitsversorgung die Belange von behinderten Menschen besonders berücksichtigt werden müssen. Das, was die UN-Behindertenkonvention von 2006 verlangt, war damit eigentlich schon verbindliches Recht geworden. Wenn man nun weiterschaut, muss man zwei zentrale Forderungen nennen: Die Gesetzgebung zum Gesundheits- und Sozialbereich sollte daraufhin überprüft werden, ob sie Menschen mit Behinderung im Wege steht oder ob sie diese unterstützt. Außerdem wünschen wir uns als Fachverbände und als Ärztinnen und Ärzte, die für Menschen mit Behinderungen arbeiten, dass endlich die gesetzlichen Grundlagen dafür geschaffen werden, dass für erwachsene Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung spezielle ambulant tätige und interdisziplinär zusammengesetzte medizinische Zentren etabliert werden können. Wenn behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder einen speziellen Bedarf haben, der im Regelversorgungssystem mit nieder-



Fotos: Oliver Klab

gelassenen Ärzten nicht ausreichend abgedeckt werden kann, können sie in Sozialpädiatrischen Zentren betreut werden. Diese Zentren verlieren aber mit dem Erreichen des 18. Lebensjahrs ihre Zuständigkeit. Dann ist jemand mit einer vielleicht komplexen oder sehr seltenen Behinderung jahrelang in einem solchen spezialisierten interdisziplinären Setting begleitet worden, oft mit großem Erfolg, und für das Erwachsenenalter gibt es keine äquivalenten Strukturen mehr. Dann fällt der Betroffene sozusagen ins Bodenlose.

Sie hatten dies bereits beim Deutschen Ärztetag 2009 gefordert. Hat sich da inzwischen schon etwas getan?

Seidel: Nein. Es bewegt sich nichts. Die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen hat kürzlich einen interessanten Vorstoß zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen gemacht. Leider haben sich aber sowohl die SPD- als auch die CDU/CSU-Fraktion diesem Impuls verweigert, und im Bundestag hat man sich damit nicht weiter befasst. Das ist sehr bedauerlich. Wir haben im Hinblick auf die Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung außerdem gelegentlich mit dem Argument zu kämpfen, dass eine solche spezialisierte Versorgungsstruktur dem Gebot der Inklusion zuwiderlaufen würde. Es geht aber gar nicht darum, Menschen auszugrenzen, sondern es geht darum, Menschen mit Behinderung die Fachlichkeit und Qualität zur Verfügung zu stellen, die man in der Breite des Regelversorgungssystems nicht findet, damit sie im Wege einer qualifizierten medizinischen Versorgung möglichst umfassende Teilhabechancen erwerben können.

Wie realistisch ist es, dass diese Zentren etabliert werden?

Der Leistungskatalog wird ja eher schmaler als breiter.

Seidel: Leistungsrechtlich müssten diese Zentren wie die Sozialpädiatrischen Zentren mit einer Pauschale vergütet werden. Zu klären wäre dann, wie die Pauschale ausgestaltet wird. Sie haben völlig recht. Wir haben heute eine ziemlich kritische Situation des Gesundheitswesens. Aber gerade weil die Regelversorgung an vielen Stellen immer mehr

BARRIEREN ABBAUEN

In Deutschland leben etwa 9,6 Millionen Menschen mit Behinderungen. Sie alle benötigen einen leichten Zugang zur medizinischen Versorgung und damit an vielen Stellen Unterstützung. Und es sind nicht nur die baulichen Voraussetzungen, die eine Umgebung patientenfreundlicher und barrierefreier machen, in vielen Fällen helfen eine zugewandte Kommunikation oder die Kenntnis über die besonderen Bedürfnisse von behinderten Menschen.

Die Bundesregierung will mit ihrem „Nationalen Aktionsplan“ die Inklusion von Menschen mit Behinderungen unterstützen und hat dafür einen Maßnahmenkatalog erarbeitet. Eine gemeinsame Kooperationstagung der ärztlichen und zahnärztlichen Spitzenorganisationen am 9. September möchte für eine barrierefreie medizinische Versorgung sensibilisieren sowie Ärzte- und Zahnärzteschaft, Fachpublikum und Betroffenenverbände zum Erfahrungsaustausch zusammenbringen. Informationen: www.bundesaerztekammer.de/event.asp?his=&id=96

an Leistungsfähigkeit verliert, sollte die Forderung nach den Zentren aufrechterhalten werden. Außerdem geht die Forderung nach den Zentren nachweislich auf die Mitte der 90er Jahre zurück, als die Situation noch nicht so prekär war wie heute.

Wie stellen Sie sich die optimale barrierefreie Praxis vor?

Seidel: Die optimale barrierefreie Praxis zeichnet sich dadurch aus, dass Patienten mit ganz verschiedenen Behinderungen willkommen

sind – und das vor allem in der Wirklichkeit auch so erleben. Ich würde mir wünschen, dass der Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einem behinderten Patienten immer und überall wertschätzend und entgegenkommend ist.

Worauf muss der Praxisinhaber besonders achten, wenn er seine Praxis barrierefrei gestalten will?

Seidel: Er sollte sich zunächst eine Checkliste erstellen und diese systematisch abarbeiten. Dazu gibt es Material von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Was gehört zur Barrierefreiheit? Es beginnt mit der persönlichen Ansprache, mit der Begegnung am Schalter. Wie begegne ich solchen Menschen? Wie rede ich mit ihnen? Es geht auch um solche praktischen Fragen wie: Ist die Praxis hell genug? Viele Praxen haben beispielsweise Muster auf dem Fußboden, die unter Umständen von Menschen mit Sehbehinderungen als Schwellen wahrgenommen werden. Das sind solche Dinge, bei denen wir einfach mehr Sensibilität entwickeln müssen.

Müssen niedergelassene Ärzte, die viele Menschen mit schweren geistigen oder mehrfachen Behinderungen behandeln, bei Budgetüberschreitungen häufig mit Regressandrohungen rechnen?

Seidel: Das ist unterschiedlich. Es gibt gute und schlechte Beispiele. Wenn Ärzte nachweisen konnten, woher die überdurchschnittlichen Verordnungen kommen, hat man oft auf die Umsetzung von Regressforderungen verzichtet. Dennoch war und ist die Regressdrohung eine Belastung und schreckt manchen davon ab, sich für die Belange der Patienten einzusetzen. In dem Maße, in dem ein niedergelassener Arzt oder Zahnarzt eine überdurchschnittliche Anzahl an Patienten betreut, hat er einen überdurchschnittlichen Aufwand. Dieser bezieht sich nicht nur

auf die Inanspruchnahme seiner Verbundbudgets, sondern auch auf seinen Zeitaufwand. Und wenn nicht annähernd aufwandsgerecht vergütet wird, was er leistet, dann wird sich kein Kollege dieser besonderen Anforderung stellen. Die Fachverbände für Menschen mit Behinderungen haben deshalb vorgeschlagen, dass es für die Kollegen, die eine überdurchschnittlich große Zahl an Patienten mit Behinderungen behandeln, spezielle Abrechnungsmöglichkeiten für eine auskömmliche Finanzierung geben soll.

Und wie ist die Situation im stationären Bereich?

Seidel: Das Krankenhaus ist die zweite große Baustelle. Aufgrund des Pflegeassistenzgesetzes können Menschen mit Behinderung ihre per-

halb werden dann oft Mitarbeiter von der Behinderteneinrichtung freigestellt, die der Einrichtung selbst dann fehlen. Es müssten also die sinnvollen Regelungen des Pflegeassistenzgesetzes auch für andere Fallkonstellationen geöffnet werden.

Müsste Ihrer Ansicht nach auch das Krankenhauspersonal besser für die Belange behinderter Menschen geschult werden?

Seidel: Ja. Es ist eine zentrale Forderung, in der Weiter- und Fortbildung von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen für Menschen mit Behinderung zu sensibilisieren. Als Ärzte können wir die Fortbildung selbst in die Hand nehmen. Wir können beispielsweise im Krankenhaus oder im Kammerbezirk Fortbildungen zum Thema Behinderung anbie-

Was müsste im Bereich der Prävention noch verbessert werden?

Seidel: Es ist nicht sinnvoll, Präventionsleistungen nach dem Gießkannenprinzip zu verteilen. Es ist ja paradox, dass gerade Menschen mit hohem Bildungsgrad die Präventionsangebote vermehrt in Anspruch nehmen, aber diejenigen, die aufgrund ihrer sozialen Lage oder sonstiger Umstände den größten Bedarf haben, von den Leistungen nicht erfasst werden. Ich würde mir wünschen, dass Präventionsprogramme ganz gezielt auch auf benachteiligte und vulnerable Gruppen zugeschnitten werden.

Zum Thema Haltung. Wird es nicht immer schwieriger, eine positive Haltung gegenüber Menschen mit Behinderung zu entwickeln? Zu denken wäre da beispielsweise an die Pränataldiagnostik, die nicht unbedingt einer positiveren Einstellung Vorschub leistet.

Seidel: Ja. Wir haben leider immer noch einen Mainstream, der sehr stark auf Leistungsfähigkeit, Fitness und Attraktivität zählt. Behinderung wird dann oft sehr vordergründig und pauschal als das dargestellt, was nicht sein soll. Insofern brauchen wir auch einen geordneten Diskurs zu den Themen Behinderung, Genetik und Gendiagnostik. Wir wissen aus Erfahrung, dass Frauen, die sich in den letzten Jahren einer Fruchtwasseruntersuchung in Hinblick auf eine Trisomie 21 unterzogen haben, etwa zu 90 Prozent die Schwangerschaft abbrechen. Durch den PraenaTest, den pränatalen Test aus mütterlichem Blut, wird es vermutlich zu einer weiteren Zunahme von Schwangerschaftsabbrüchen kommen, wenn eine Behinderung bei dem Kind festgestellt wird. Man kann diese Entwicklung jedoch nicht mehr verhindern, und gerade deshalb benötigen wir einen öffentlichen Diskurs.

Ich warne übrigens dringend davor, das Thema der bedarfsgerechten Versorgung von Menschen mit Behinderung nur unter dem Aspekt der Haltung darzustellen. Es gehören auch Fachlichkeit, Professionalität und Kompetenz sowie gesundheitspolitische Rahmenbedingungen dazu. ■

Das Interview führten
Eric Bauer und Gisela Klinkhammer.



Präventionsprogramme sollten gezielt auf benachteiligte und vulnerable Gruppen zugeschnitten sein, fordert Seidel.

sönlichen Assistenten, falls diese nach dem Arbeitgebermodell angestellt sind, mit ins Krankenhaus nehmen. Diese Assistenten werden während dieser Zeit vom Kostenträger finanziert und können personengebundene spezifische Assistenzaufgaben im Krankenhaus übernehmen. Aber viele behinderte Menschen haben keinen solchen Assistenten im Arbeitgebermodell. Für einen quantitativen und qualitativen Mehrbedarf an Pflege im Krankenhaus, der die DRG-basierten Erlöse übersteigt, sind weder im Rahmen der Eingliederungshilfe noch im Rahmen der Krankenhausfinanzierung die Mittel vorhanden. Die DRG-Systematik bildet solche Bedarfe nicht ab. Des-

ten. Im Medizinstudium muss zunächst einmal für das Thema Behinderung sensibilisiert werden, damit die Studierenden verstehen, dass Menschen mit Behinderung nicht Patienten sind, die – wie leider oft im Jargon achtlos formuliert wird – „austherapiert“ sind, sondern dass diese gerade wegen ihrer Behinderung einen besonderen Anspruch auf eine qualitativ hochwertige Versorgung haben. Das ist auch eine Frage der Haltung. Man wird Studierende sicher nicht auf alle denkbaren Konstellationen im Detail vorbereiten können. Aber im Moment sind unsere Hochschulabsolventen auf das Thema Behinderung gar nicht vorbereitet.