



**dgsgb**

**Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit  
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.**

## **Stellungnahme zum Regierungsentwurf des Bundesteilhabegesetzes**

Die Deutsche Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) als multiprofessionelle Fachgesellschaft widmet sich seit ihrer Gründung im Jahre 1995 dem Themenkomplex der Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Hintergrund dieses Engagements ist einerseits die Tatsache, dass dieser Personenkreis in einem besonderen Maße neben anderen Krankheiten und Behinderungen von psychischen Störungen betroffen ist, andererseits der beklagenswerte Umstand, dass dem damit verbundenen Versorgungsbedarf durch das psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungssystem aus verschiedenen Gründen nur ungenügend entsprochen wird. Ebenso fehlt es an Wissen, Kompetenzen und Kapazitäten in den Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe (Eingliederungshilfe) im Hinblick auf den adäquaten Umgang mit dieser fachlichen Anforderung. Die DGSGB widmet sich unter anderem der Verbreitung von anwendungsorientiertem Wissen durch Fachtagungen und Publikationen.

Die DGSGB sieht sich aus ihrem Auftrag heraus verpflichtet, zum Regierungsentwurf für das Bundesteilhabegesetz kritisch Stellung zu nehmen und im aktuellen Stadium der Gesetzgebung deutliche Verbesserungen einzufordern.

Die DGSGB teilt die grundlegende Kritik der Selbsthilfe, der Fachverbände für Menschen mit Behinderung, der Wohlfahrtsverbände und Fachgesellschaften am vorliegenden Regierungsentwurf. Der Regierungsentwurf weist erhebliche handwerkliche und fachliche Mängel auf, er ist erkennbar von der Absicht der Kostendämpfung und -senkung getrieben. Schwerwiegende Leistungskürzungen und Eingrenzungen der Gruppe der Leistungsberechtigten hingenommen bzw. angestrebt. Damit wird das proklamierte Ziel des Gesetzgebungsvorhabens, einen zeitgemäßen und wirksamen Beitrag zur Umsetzung der UN-BRK zu leisten, verfehlt.

Die DGSGB konzentriert sich in ihrer Stellungnahme jedoch auf gesundheitsbezogene Leistungen und auf solche Aspekte, die diese berühren. Unter diesem Gesichtspunkt werden Kritik an ausgewählten Paragraphen des Artikelgesetzes und Vorschläge zur Verbesserung formuliert. Die DGSGB sieht sich besonders durch die Artikel 25 (Gesundheit) und Artikel 26 (Habilitation und Rehabilitation) der UN-BRK verpflichtet.

### **Vorstand**

Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)  
Dipl.-Psych. Dr. Jan Glasenapp, Schwäbisch Gmünd (Stellv. Vors.)  
Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vors.)  
Dr. Brian Barrett, Meckenbeuren (Schatzmeister)  
Jun.-Prof. Dr. Pia Bienstein, Köln  
Dr. Knut Hoffmann, Bochum  
Priv.-Doz. Dr. Tanja Sappok, Berlin

### **Geschäftsstelle**

Frau Steffi Kirch  
Eldstr. 155  
32205 Bad Salzuflen  
Tel.: +49 5222 983590  
E-Mail: [dgsgb@geschaeftsstelle-t-online.de](mailto:dgsgb@geschaeftsstelle-t-online.de)

## **A) Gesundheits- und Sicherung der Wirksamkeit ärztlicher oder psychotherapeutischer und ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Leistungen im Alltag**

**Namentlich zu § 78 SGB IX RegE Assistenzleistungen sind wichtige Ergänzungen erforderlich. Folgendes wird vorgeschlagen:**

„(1) Zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltages einschließlich der Tagesstrukturierung werden Leistungen für Assistenz erbracht. Sie umfassen insbesondere Leistungen ... *die Gesundheits- und Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen, psychotherapeutischen und ärztlich oder psychotherapeutisch verordneten Leistungen sowie die Unterstützung im Krankenhaus. Sie beinhalten die Kommunikation mit der Umwelt in diesen Bereichen.*“ (Die vorgeschlagene Ergänzung zum Text des Regierungsentwurfes ist kursiv geschrieben.)

### **Begründung**

#### ***Gesundheits- und Sicherung der Wirksamkeit ärztlicher und psychotherapeutischer oder ärztlich und psychotherapeutisch verordneter Leistungen im Alltag***

Von jeder Bürgerin, von jedem Bürger, von jeder und jedem Versicherten erwartet man, dass sie oder er aus eigener Motivation, aus eigener Initiative und in eigener Verantwortung sich um die Erhaltung und Förderung seiner Gesundheit kümmert oder nach besten Kräften an der Wiederherstellung derselben nach Krankheit oder Unfall mitwirkt. Man erwartet, dass sie oder er von sich aus bestrebt und in der Lage ist, das Auftreten von Beschwerden, die Entwicklung einer Krankheit zu erkennen, diese selbst zu behandeln oder behandeln zu lassen usw. Im Allgemeinen werden solche Erwartungen zu Recht bestehen. Allerdings gibt es Menschen, die aus verschiedenen Gründen diesen Erwartungen nicht oder nicht ausreichend selbst und selbständig nachkommen können. Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung gehören zu der Gruppe von Menschen, die in gesundheitsbezogener Hinsicht häufig in besonderem Maße zeitweilig oder langfristig Hilfe und Unterstützung in verschiedener Form benötigen, da ihnen die eigene Kompetenz nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung steht. Sie sind in besonderem Maße auf Unterstützung Dritter angewiesen. Sie brauchen

#### **Vorstand**

Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)  
Dipl.-Psych. Dr. Jan Glasenapp, Schwäbisch Gmünd (Stellv. Vors.)  
Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vors.)  
Dr. Brian Barrett, Meckenbeuren (Schatzmeister)  
Jun.-Prof. Dr. Pia Bienstein, Köln  
Dr. Knut Hoffmann, Bochum  
Priv.-Doz. Dr. Tanja Sappok, Berlin

#### **Geschäftsstelle**

Frau Steffi Kirch  
Ebnestr. 155  
32205 Bad Salzig  
Tel.: +49 5222 983590  
E-Mail: [dgsgbgeschaeftsstelle@online.de](mailto:dgsgbgeschaeftsstelle@online.de)



**dgsgb**

**Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit  
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.**

Hilfe und Unterstützung in verschiedener Form: Information, Motivation, Erinnerung, Anleitung, praktische Hilfestellung usw. Ihre Unterstützungssysteme – Angehörige oder Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe – müssen verschiedene gesundheitsbezogene Aufgaben im Alltag übernehmen.

Die gesundheitsbezogenen Aufgaben lassen sich aufteilen

a) in Aufgaben der Gesundheitspflege und

b) in Aufgaben zur Sicherung der Wirksamkeit ärztlicher und psychotherapeutischer oder ärztlich und psychotherapeutisch verordneter Leistungen.

Aufgaben der Gesundheitspflege umfassen insbesondere die Assistenz bei der Beobachtung des individuellen Gesundheitszustandes, des Auftretens oder der Verschlimmerung gesundheitlicher Probleme und bei der gegebenenfalls notwendig werdenden Anbahnung ärztlicher, psychotherapeutischer oder anderer therapeutischer Hilfen. Aufgaben der Gesundheitspflege schließen auch die Assistenz zur gesundheitsbezogenen Gestaltung der Lebensführung ein. Solche Assistenz zur gesundheitsbezogenen Gestaltung der Lebensführung dient vor allem der Vorbeugung von Gesundheitsstörungen oder Krankheiten, der Vorbeugung von Verschlimmerungen bestehender Gesundheitsstörungen und Krankheiten sowie der Wiederherstellung der Gesundheit durch Anleitung zu gesundheitsfördernder Lebensweise. Die Aufgaben zur Sicherung der Wirksamkeit ärztlicher und psychotherapeutischer oder ärztlich und psychotherapeutisch verordneter Leistungen sind beispielsweise die Assistenz im Hinblick auf die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente, die Assistenz bei der Beobachtung von Wirkungen und Nebenwirkungen von Behandlungen, die Assistenz bei der Beobachtung und Dokumentation von epileptischen Anfällen, die Assistenz bei Einhaltung von Diätvorschriften, die Assistenz bei der Nutzung von Hilfsmitteln oder die Assistenz bei der Ausführung empfohlener Übungen im Alltagskontext.

Die Aufgaben der Gesundheitspflege gehen allerdings über die im Regierungsentwurf erfasste Sicherung der Wirksamkeit ärztlicher oder ärztlich verordneter Maßnahmen hinaus. Die Aufgaben der Gesundheitspflege vollziehen sich selbstverständlich im gewöhnlichen Alltagskontext. Dies gilt gerade auch, wenn der Alltag durch Dienste und Einrichtungen wesentlich gestaltet wird. Die Aufgaben der Gesundheitspflege sind auch nicht auf einen vorab zu bestimmenden speziellen Personenkreis begrenzt oder begrenzbare. Vielmehr können sie jederzeit und bei jeder Person erforderlich werden. Besonders hervorzuheben ist der Personen-

#### **Vorstand**

Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)

Dipl.-Psych. Dr. Jan Glasenapp, Schwäbisch Gmünd (Stellv. Vors.)

Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vors.)

Dr. Brian Barrett, Meckenbeuren (Schatzmeister)

Jun.-Prof. Dr. Pia Bienstein, Köln

Dr. Knut Hoffmann, Bochum

Priv.-Doz. Dr. Tanja Sappok, Berlin

#### **Geschäftsstelle**

Frau Steffi Kirch

Einstr. 155

32205 Bad Salzuflen

Tele.: +49 5222 983590

E-Mail: [dgsgb.geschaeftsstelle@t-online.de](mailto:dgsgb.geschaeftsstelle@t-online.de)



**dgsgb**

**Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit  
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.**

kreis mit chronischen psychischen Erkrankungen bzw. seelischen Behinderungen, bei denen der Bedarf an Assistenzleistungen im Laufe der Zeit üblicherweise stark schwankt. Sehr schwer behinderte Menschen können meistens keinen eigenständigen Beitrag zur Gesundheitssorge leisten. Sie sind buchstäblich existentiell darauf angewiesen, dass diese von ihrem alltäglichen Unterstützungssystem übernommen und zuverlässig ausgeführt werden.

**Deshalb muss die Gesundheitsorge einschließlich der Sicherung der Wirksamkeit ärztlicher und psychotherapeutischer oder ärztlich und psychotherapeutisch verordneter Leistungen ausdrücklich als Leistungsbestandteil der Leistungen zur sozialen Teilhabe bzw. der Assistenz im SGB IX verankert sein.**

### ***Unterstützung bei Krankenhausaufenthalten***

Der Aufwand, der durch die Begleitung von Menschen mit Behinderung zu einem Krankenhausaufenthalt oder während eines Krankenhausaufenthaltes entsteht, muss im Recht der Eingliederungshilfe verankert werden. Auch im Krankenhaus hat ein Patient normalerweise viele Beiträge zur Behandlung zu erbringen, z. B. durch sein den Behandlungen angepasstes kooperatives Verhalten, selbständiges Essen, Mitwirkung bei der Anamnese. Ist er dazu nicht in der Lage, wird die Hilfe durch das primäre soziale Netzwerk erwartet. Diese kann häufig organisiert werden.

Das primäre soziale Netzwerk steht Menschen mit Behinderung häufig nicht (mehr) zur Verfügung. Bezugspersonen aus den Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe müssen an dessen Stelle treten. Dies ist insbesondere dann notwendig, wenn Wegebegleitung oder Beförderungen zu Behandlungen notwendig werden, wenn wichtige personenbezogene Informationen in beide Richtungen übergeben werden müssen oder praktische und organisatorische Abstimmungen im Vorfeld der Entlassung (Überleitungsmanagement) erforderlich werden. In bestimmten Fällen müssen sogar während des Krankenhausaufenthaltes bestimmte Aufgaben der Begleitung und Pflege durch die vertrauten Personen aus den Diensten und Einrichtungen übernommen werden.

Im Hinblick auf den Mehraufwand während eines Krankenhausaufenthaltes von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung oder psychischen Behinderungen sind folgende Fallkonstellationen zu unterscheiden:

- A) der begrenzte quantitative Mehraufwand,
- B) der wesentlich erhöhte Mehraufwand und

#### **Vorstand**

Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)  
Dipl.-Psych. Dr. Jan Glasenapp, Schwäbisch Gmünd (Stellv. Vors.)  
Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vors.)  
Dr. Brian Barrett, Meckenbeuren (Schatzmeister)  
Jun.-Prof. Dr. Pia Bienstein, Köln  
Dr. Knut Hoffmann, Bochum  
Priv.-Doz. Dr. Tanja Sappok, Berlin

#### **Geschäftsstelle**

Frau Steffi Kirch  
Eldstr. 155  
32205 Bad Salzuflen  
Tel.: +49 5222 983590  
E-Mail: [dgsgb.geschaeftsstelle@t-online.de](mailto:dgsgb.geschaeftsstelle@t-online.de)

### C) der quantitativ oder qualitativ erhöhte Mehraufwand

Der begrenzte quantitative Mehraufwand (A) kann fach- und sachgerecht durch das Personal des Krankenhauses erbracht werden. Er überschreitet im Hinblick auf den Zeitaufwand und sonstigen Ressourcenverbrauch eine bestimmte Grenze nicht. Die Vergütung im DRG-System beruht auf einer Durchschnittskalkulation, die sowohl hohen als auch niedrigen Ressourcenverbrauch mittelt. Beispiele für solchen begrenzten quantitativen Mehraufwand sind die personelle Unterstützung beim Essen oder die Anleitung zur Körperpflege.

Ein wesentlich erhöhter Mehraufwand (B) kann zwar fachlich kompetent durch das Personal des Krankenhauses erbracht werden kann, aber er überschreitet eine bestimmte Grenze des Ressourcenverbrauchs, die nicht durch die Durchschnittskalkulation des DRG-Systems gedeckt ist. Ein Beispiel dafür ist eine ununterbrochene personelle Präsenz von Pflegepersonal bei einem desorientierten Patienten mit Weglaufneigung oder bei Selbstverletzungsgefährdung in Überforderungssituationen.

Häufig besteht ein quantitativer und qualitativer Mehraufwand (C). Er kann wegen seiner speziellen fachlichen Merkmale und vor allem wegen spezieller, auf die jeweilige Person bezogene Kenntnisse und Handlungskompetenzen im Allgemeinen durch das Personal des Krankenhauses grundsätzlich nicht angemessen erbracht werden kann. Dieser Mehraufwand muss überwiegend oder sogar ausschließlich durch mit dem Patienten vertraute Personen aus dem üblichen Unterstützungssystem erbracht werden. Als Beispiel diene eine komplexe Behinderung mit schwerer Spastik, die regelmäßige und zeitaufwändige Umlagerung mit speziellen Handgriffen und Hilfsmitteln erfordert und damit Geübtheit und vor allem Kenntnisse der persönlichen Erfordernisse und Reaktionsweisen des Patienten erfordert. Eine übliche Krankenhausabteilung kann solche Leistungen vom Grundsätzlichen her nicht in der notwendigen Qualität erbringen.

Dieser quantitative und qualitative Mehraufwand (C), der ausschließlich oder weit überwiegend durch solche Personen, die mit dem konkreten Patienten umfassend vertraut sind (Angehörige, persönliche Assistenten, Mitarbeitende von Diensten oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder der Pflege), ist zusätzlich zu finanzieren. Für diesen Mehraufwand, der sich aus einer individuell spezifischen Mischung von Assistenz- und Pflegebedarf zusammen-

#### **Vorstand**

Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)  
Dipl.-Psych. Dr. Jan Glasenapp, Schwäbisch Gmünd (Stellv. Vors.)  
Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vors.)  
Dr. Brian Barrett, Meckenbeuren (Schatzmeister)  
Jun.-Prof. Dr. Pia Bienstein, Köln  
Dr. Knut Hoffmann, Bochum  
Priv.-Doz. Dr. Tanja Sappok, Berlin

#### **Geschäftsstelle**

Frau Steffi Kirch  
Ebnestr. 155  
32205 Bad Salzuflen  
Tel.: +49 5222 9833590  
E-Mail: [dgsgb@geschaeftsstelle-t-online.de](mailto:dgsgb@geschaeftsstelle-t-online.de)



**dgsgb**

**Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit  
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.**

setzt, muss eine angemessene Finanzierung im Recht der Eingliederungshilfe verankert werden.

**Deshalb muss ein Leistungsanspruch auf Assistenzleistungen im Krankenhaus grundsätzlich im SGB IX verankert werden.**

## **B) Internationale Klassifikation, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO**

Die im Regierungsentwurf und seiner Begründung mehrfach erwähnte *Internationale Klassifikation, Behinderung und Gesundheit (ICF)* der WHO muss im BTHG vollumfänglich, im Wortlaut gemäß der amtlichen deutschsprachigen Übersetzung berücksichtigt und als verbindliche Grundlage des Assessments beschrieben werden.

### **Begründung**

Deutschland als WHO-Mitglied ist seit 2001 uneingeschränkt zur Anwendung der ICF verpflichtet.

Die ICF gründet in einem integrativen Modell von Behinderung, in dem neben den *Schädigungen der Körperfunktionen und –strukturen*, neben den *Beeinträchtigungen der Aktivitäten* und der *Teilhabe* vor allem die Wechselwirkung derselben mit Kontextfaktoren konstitutiv ist (vgl. Abb.1). Die erwähnten Kontextfaktoren gliedern sich in die *Umweltfaktoren* und in die *personbezogenen Faktoren*. Alle Kontextfaktoren, sowohl die Umweltfaktoren als auch die personbezogenen Faktoren, können sich *förderlich* auswirken (*Förderfaktoren*) oder *hemmend* und *hinderlich* (*Barrieren*).

Die ICF stellt eine einerseits verbindliche, andererseits universale, Leistungssysteme und Professionen übergreifende Begrifflichkeit für die Beschreibung von individueller Behinderung zur Verfügung.

### **Vorstand**

Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)  
Dipl.-Psych. Dr. Jan Glasenapp, Schwäbisch Gmünd (Stellv. Vors.)  
Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vors.)  
Dr. Brian Barrett, Meckenbeuren (Schatzmeister)  
Jun.-Prof. Dr. Pia Bienstein, Köln  
Dr. Knut Hoffmann, Bochum  
Priv.-Doz. Dr. Tanja Sappok, Berlin

### **Geschäftsstelle**

Frau Steffi Kirch  
Ebnestr. 155  
32205 Bad Salzuflen

Tele.: +49 5222 9833500

E-Mail: [dgsgb@geschaeftsstelle-t-online.de](mailto:dgsgb@geschaeftsstelle-t-online.de)



**dgsgb**

**Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit  
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.**

Alle bisherigen Entwurfsfassungen des BTHG sind davon gekennzeichnet,

- 1) dass das komplexe Behinderungsmodell der ICF unvollständig widerspiegelt ist, indem u. a. die Kontextfaktoren unvollständig erwähnt werden, und
- 2) dass die Terminologie der ICF oft willkürlich abgewandelt ist.

Ad 1) Es ist völlig willkürlich und sachlich unzulässig, die Berücksichtigung der Kontextfaktoren auf die Beachtung der Barrieren (hemmend wirkende Kontextfaktoren) einzugrenzen, während die wichtigen Förder-faktoren (förderlich wirkende Kontextfaktoren) unberücksichtigt bleiben.

Die ICF ist kein Instrument der Bedarfsermittlung, indem man sie unmittelbar zur Quantifizierung von individuellen Bedarfen nutzen könnte. Richtig und sachgerecht ist, die ICF als verpflichtende konzeptionelle Grundlage für die Entwicklung der Assessment- bzw. Bedarfsermittlungsverfahren und -instrumente im BTHG zu verankern. Insofern ist die Nutzung der ICF zur unmittelbaren Beschreibung des leistungsberechtigten Personenkreises – wie in § 99 SGB IX-RegE vorgesehen – nicht sachgerecht und von der Konzeption der ICF her nicht gedeckt (Vgl. Stellungnahme des Sachverständigenrates der BAR).

Der Evaluierungsvorbehalt für die künftige Ausgestaltung des Leistungszugangs anhand der Anzahl und des Umfangs beeinträchtigter Lebensbereiche („5 aus 9“) ist äußerst kritisch zu sehen. Es ist zu bezweifeln, dass eine Evaluation gelingen kann, da die ICF bei den Teilhabebeeinträchtigungen zwingend die Kontextfaktoren einbezieht und kein Assessment-Instrument darstellt.

Eine Aufzählung einzelner Items kann deshalb keine Grundlage für die Bemessung eines Leistungsbedarfes sein. Dies gelingt nur in einem umfassenden Bedarfsermittlungsverfahren. Dieses liegt noch nicht vor, und es ist völlig offen, ob eine Operationalisierung der beabsichtigten Zugangsvoraussetzung „5 aus 9 Teilhabebereichen“ (wie in § 99 SGB IX-RegE vorgesehen) gelingen kann. Wenn ein Forschungsvorhaben dazu aufgelegt wird, sollte man das Ergebnis nicht im Gesetzestext vorwegnehmen. Die vorliegende Gesetzesformulierung unter systematischem Ausschluss der Kontextfaktoren lässt aber eine belastbare Evaluation nicht zu.

#### **Vorstand**

Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)  
Dipl.-Psych. Dr. Jan Glasenapp, Schwäbisch Gmünd (Stellv. Vors.)  
Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vors.)  
Dr. Brian Barrett, Meckenbeuren (Schatzmeister)  
Jun.-Prof. Dr. Pia Bienstein, Köln  
Dr. Knut Hoffmann, Bochum  
Priv.-Doz. Dr. Tanja Sappok, Berlin

#### **Geschäftsstelle**

Frau Steffi Kirch  
Eldstr. 155  
32205 Bad Salzuflen  
Tel.: +49 5222 9833590  
E-Mail: [dgsgb@geschaeftsstelle-t-online.de](mailto:dgsgb@geschaeftsstelle-t-online.de)





**dgsgb**

**Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit  
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.**

Ad 2) In der amtlichen deutschsprachigen Fassung der ICF heißt es nicht *Einschränkungen* der Aktivitäten oder der Teilhabe, sondern *Beeinträchtigungen*. Die wortwörtliche Verwendung der amtlichen Sprachregelung der ICF ist nicht belanglos. Die entsprechenden Termini technici waren seinerzeit für die amtliche deutschsprachige Übersetzung mit der WHO konsentiert worden. Außerdem liegt die ICF schon heute vielen Begutachtungsvorgängen zugrunde.

**Das BTHG muss das bio-psycho-sozialen Behinderungsmodell (vor allem einschließlich der Förderfaktoren) vollumfänglich anwenden, die unverkürzte Konzeption der ICF zugrunde legen sowie durchgängig und ausnahmslos die korrekte „amtliche“ Begrifflichkeit der ICF verwenden.**

**Im Interesse der Menschen mit Behinderung bitten wir dringend darum, die zentralen gesundheitsbezogenen Aspekte bei der kritischen Diskussion um die Gestaltung des BTHG mit Nachdruck zur Geltung zu bringen.**

**Der Maßstab des BTHG müssen die UN-Behindertenrechtskonvention und das Behindertengleichstellungsgesetz sein.**

Bielefeld. 10.11.2016



Prof. Dr. med. Michael Seidel  
Vorsitzender

**Vorstand**

Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)  
Dipl.-Psych. Dr. Jan Glasenapp, Schwäbisch Gmünd (Stellv. Vors.)  
Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vors.)  
Dr. Brian Barrett, Meckenbeuren (Schatzmeister)  
Jun.-Prof. Dr. Pia Bienstein, Köln  
Dr. Knut Hoffmann, Bochum  
Priv.-Doz. Dr. Tanja Sappok, Berlin

**Geschäftsstelle**

Frau Steffi Kirch  
Eldstr. 155  
32205 Bad Salzuflen

Tele.: +49 5222 9833590

E-Mail: [dgsgb@geschaeftsstelle-t-online.de](mailto:dgsgb@geschaeftsstelle-t-online.de)