

Inklusion im Gesundheitswesen

Matthias Schmidt-Ohlemann

Fachtagung

Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen und Barrierefreiheit –
von der Evaluation zur Reform

Zur Evaluation der Novellierung des Behindertengleichstellungsgesetzes
(BGG)

Diskussionsgruppe 4

Frankfurt, den 13.10.2023

Interessenskonflikte

- Vorsitzender der Dt. Vereinigung für Rehabilitation
- Vorstandsmitglied Dt. Rheuma-Liga Bundesverband und Landesverband Rheinland-Pfalz
- Landesarzt für Körperbehinderte in Rheinland-Pfalz
- Ltd. Arzt der Rehafachdienste der Stiftung kreuznacher diakonie i.R.

Perspektive heute:

Mitgliedergruppe der DVfR: Leistungserbringer im Gesundheitswesen und der Fach-, Experten- und Berufsverbände

Anspruch auf Barrierefreiheit im Gesundheitswesen – Voraussetzungen der Umsetzung

Voraussetzung für die Umsetzung von BF ist ein gemeinsames Verständnis

- Welche Beeinträchtigungen sind relevant?
- Welche Barrieren sind relevant?
- Welche Strategien sind erforderlich?
- Beeinträchtigungen der Motorik und Mobilität
 - ➔ Z.B. Zugänge und Räume, Ausstattung
- Sinnesbeeinträchtigungen
 - ➔ Z.B. Lesbarkeit, Dolmetscherdienste (Gebärdensprache)
- Beeinträchtigungen der (sprachlichen) Kommunikation
 - ➔ Z.B. Unterstützte Kommunikation
- Beeinträchtigungen der Kognition
 - ➔ Z.B. Leichte Sprache, Freundlichkeit
- Psychische Beeinträchtigungen
 - ➔ Z.B. Wertschätzung, Empathie,
- Prozessgestaltung
 - ➔ Z.B. erhöhter Zeitbedarf, ggf. Assistenz

Wie umfassend ist der Begriff der barrierefreiheit im BGG?

Gründe für unzureichende Umsetzung von Strategien zur Verminderung von Barrieren

Bei den handelnden Personen an div. Orte In Praxis, Krankenhaus, Beförderung, Pflege, z.B.:

- Verständnis und Beachtung für die einzelne Person fehlt (Behandlung nach Schema)
 - Fehleinschätzung des eigenen Verhaltens
 - Zeit fehlt (auch U.U. Angst vor: „quatscht mich fest“)
 - Nicht zuständig (Helferin, Begleitperson...)
 - Unkenntnis der Bedarfslagen (Beeinträchtigungen) und Verunsicherung, Angst vor Fehlern
 - Unaushaltbares „Mitleiden“
- ➔ Haltung und Erfahrung: berufliche Sozialisation
- ➔ Information, Ausbildung, Schulung

Strukturelle Vorgaben

- Planung und systematische Berücksichtigung!
 - Investitionen: Kenntnis und frühzeitige Beachtung der Bedarfe
 - Vergütung: Investitionen, Zeitbedarf, Personalbedarf, qualitative Prozessanforderungen (z.B. mehr Labor, mehr app. Untersuchungen)
- ➔ Vertragsbestandteile
- ➔ Vergütungsbestandteile

Regulationsmechanismen im Gesundheitswesen

- Gesetzliche Rahmenbedingungen
- Ausführung: **Die Selbstverwaltung** ist für die gesetzeskonforme Sicherstellung der Gesundheitsversorgung verantwortlich. Das BGG gilt. Bsp: GKV, RV (med. Reha), UV, Pflegeversicherung. KBV u.a. als selbständige Institutionen.
 - Kontrolle: Eigene Gremien (Verwaltungsrat etc., Sozialwahlen)
 - Aufsicht (Bund (BAS)/Länder (meist Ministerien))
- **Verträge zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern:**
 - Im Hinblick auf Barrierefreiheit (u.a.) für nicht Beteiligte nicht transparent.
 - Patienten werden grundsätzlich nicht beteiligt
- **Richtlinien, insbesondere GBA**
 - Kaum/Keine Regelungskompetenz für Barrierefreiheit, z.B. Heilmittel, Hilfsmittel, Assistenz im Krankenhaus. (Vgl. telemedizinische Behandlung)
 - Patientenbeteiligung gegeben
- **Verträge zwischen Leistungserbringern**
 - Keine Patientenbeteiligung

Barrierefreiheit durch interne oder externalisierte Leistungen

Zahlreiche Barrieren sind durch **personelle Assistenz und Unterstützung** zumindest partiell zu umgehen:

- 1. Innerhalb des Gesundheitswesens:** z.B. Pflegeleistungen, Soziotherapie, Therapiehund
- 2. Externalisiert:** Umsetzhilfe (Toilettensitz zu niedrig: Person stützt), Dolmetscher, Persönliche Assistenz (Eingliederungshilfe) bei der Gesundheitsvorsorge (das, was ein Bürger normalerweise selbst machen und beitragen kann), Schiebehilfe.
Gefahr: weniger Selbstbestimmung
psychosoziale und kommunikative Begleitung und oft Ersatz: Verlust der Primärkommunikation. Insofern Beeinträchtigung der Partizipation und der Eigenaktivität, z.B. Leichte Sprache durch Assistenzperson, Gesprächsführung mit Begleitperson bei schwerer Depression.
- 4. Andererseits:** Begleitung und soziale Unterstützung ist ein Grundprinzip gemeinschaftlichen sozialen Lebens.

Andere Barrieren sind durch technische Hilfen zu umgehen: Lifte, individuelle Treppensteiger usw.

Im Alltag: Oft Vermeidung von Barrieren, z.B. Hol- und Bringdienste, Hausbesuche usw. Solche Barrierenbewältigungsstrategien haben eine herausragende Bedeutung.

Spezialisierte Einrichtungen der Gesundheitsversorgung wegen mangelnder Barrierefreiheit?

Mangelnde Barrierefreiheit kann zur Idee von Sondereinrichtungen wie SPZ, MZEB, PIA führen.

Solche Ideen sind jedoch nicht handlungsleitend geworden.

Spezialisierte Einrichtungen sind wie andere Spezialeinrichtungen nur auf Grund ihrer fachlichen Qualifikation und ihrer besonderen Prozessgestaltung zu rechtfertigen, nicht aber mit fehlender Barrierefreiheit von Einrichtungen der Regelversorgung.

Nicht immer lassen sich Spezialisierung und Barrierefreiheit ganz exakt trennen: Zum wertschätzenden und partnerschaftlichen Umgang bedarf es nämlich häufig der Erfahrung, z.B. bei der Interpretation von paradoxen Reaktionen, zur Interpretation von Symptomen etc. auf der Grundlage eines speziellen medizinischen Wissens (z.B. Reaktionsformen bei Dystonie).

Zum Schluss

Thesen:

- Menschen mit Behinderungen haben das Recht auf barrierefreie Regelversorgung und zugleich auch auf spezialisierte Einrichtungen und Dienste.
- Im Gesundheitswesen bestehen mannigfache Defizite im Hinblick auf Barrierefreiheit: Zugänglichkeit, Räume, Ausstattung, deren Beseitigung viele Jahre dauern wird.
- MmB haben das Recht, auf externe Leistungen der Assistenz und Unterstützung zurückzugreifen, wenn sich eine umfassende und hinreichende Barrierefreiheit nicht herstellen lässt und das primäre soziale Netzwerk deren Überwindung nicht leisten kann.
- Förderung der Inklusion im Gesundheitswesen darf sich nicht damit begnügen, Barrierefreiheit zu fordern und (mehr oder weniger partiell) durchzusetzen sondern muss die Inanspruchnahme und volle uneingeschränkte Nutzung konkret ermöglichen, z.B. Hausbesuch durch einen Facharzt (Videosprechstunde?).
- Ist dies behinderungsbedingt dem Bürger/der Bürgerin nicht möglich, kann das primäre soziale Netz unterstützen. Es ist aber davon auszugehen, dass dies häufig überfordert oder auch nicht vorhanden ist.
- Deshalb bedarf es sowohl der Unterstützung bei der Gesundheitsvorsorge als auch bei der konkreten Inanspruchnahme durch externe Anbieter.
- Dabei ist aber größtmögliche Selbstbestimmung zu gewährleisten
- Die Akteure des Gesundheitswesens sollten deshalb nicht einfach auf Fremdhilfe setzen, wie bisher oft geschehen, sondern sich aktiv um Teilhabe durch Barrierefreiheit bemühen.
- Dabei sind gesetzliche Vorschriften hilfreich aber nicht hinreichend.

Anhang

Barrieren bei der Bedarfsermittlung

Barrieren und Beeinträchtigungen

- Leistungen des Staates, auf die Bürger angewiesen sind bzw. auf die sie einen Anspruch haben müssen für **alle Bürger ohne Fremdhilfe** zugänglich und erreichbar sein. Es gibt jedoch Personengruppen, die von bestimmten Barrieren stärker betroffen sind als andere, u.U. so stark, dass ihre Teilhabe dadurch erheblich beeinträchtigt wird bzw. sie spezielle technische oder personelle Hilfe benötigen. Dies müssen nicht Menschen mit Behinderungen sein, z.B. Personen mit Kindern im Kinderwagen sein, Menschen in Armut usw.
- Speziell sind aber solche Menschen betroffen, die körperliche, geistige, seelische oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, deren Teilhabe in Wechselwirkung mit Barrieren beeinträchtigt ist. (Legaldefinition von Behinderung)
- Es können z.B. folgende Dimensionen der Funktionsfähigkeit betroffen sein:
 - Motorik (Fein- oder Grobmotorik)
 - Sinne (Sehen, Hören)
 - Sprache (Sprechen, Sprachverständnis, Fachsprache, Alltagssprache,)
 - Psyche (Emotionen: Depressionen, Ängste, Zwänge; Kommunikation, Handlungen, Verhalten..)
 - Kognition (sog. geistige Behinderung, Demenz, neuropsychologische Funktionen, Handlungen
 - Sozialverhalten
- Für all diese Beeinträchtigungen gibt es quasi korrespondierende Barrieren, die die Teilhabe in einem oder mehreren Lebensbereichen einschränken können und auch Vermeidungsstrategien
- Auch das Fehlen von Unterstützung bzw. Vorkehrungen kann eine Barriere darstellen:
 - Fehlen eines Aufzuges, unzulängliche Ausleuchtung, Fehlen von Assistenz, Fehlen von leichter Sprache etc.

Beispiel: Checkliste für Arztpraxen (KBV): Räume und Ausstattung bei Rollstuhlfahrern

- Lichtschalter, Klingeln und Gegensprechanlagen sollten vom Rollstuhl aus – also aus einer sitzenden Position heraus – erreichbar sein. Gleiches gilt für Waschbecken und Papiertuchhalter im Sanitärbereich.
- Türen sollten auch für Elektro-Rollstühle breit genug sein (80 bis 90 Zentimeter). Zum Öffnen und Schließen der Tür vom Rollstuhl aus sollte es große Manövrierflächen vor und hinter dem Eingang geben.
- Handläufe auf beiden Seiten einer Treppe helfen Patienten, die gehbehindert sind oder schlecht laufen können.
- Aufzüge sollten mit ausreichend breiten automatischen Schiebetüren ausgestattet sein. Der Fahrkorb sollte genug Platz für einen Elektro-Rollstuhl bieten. Die Bedienelemente vor dem Aufzug und im Aufzug sollten vom Rollstuhl aus erreichbar sein.
- Rampen sollten nicht mehr als sechs Prozent Steigung haben. Mobile Rampen sind meistens zu steil und müssen erst angelegt werden.
- Ein hoher Anmeldetresen erschwert die Kommunikation zwischen einem Rollstuhlfahrer und dem Personal am Empfang. Vielleicht kann ein Teilstück abgesenkt werden.
- Umkleidebereiche sollten ausreichend groß sein und mit Sitzgelegenheiten sowie Halte- und Stützgriffen versehen sein.
- Untersuchungsgeräte wie Röntgenapparate, Gynäkologen-Stühle oder Untersuchungsliegen sollten höhenverstellbar sein. Alternativ kann beispielsweise ein Stufenhocker beim Hochsteigen helfen.

Potentielle Barrieren im Prozess der Bedarfsermittlung: Bereiche

- Schriftverkehr (Post)
- Informationsbereitstellung (Schrifttum)
- Digitale Kommunikation
 - Allgemein (Websites)
 - Individuell (Mails)
 - Podcasts u.a.
 - Videokonferenzen
- Telefonie
- Social media
- Gesprächssituation
 - Räume
 - Zugang
 - Kommunikation
 - Interaktion
 - Technische Ausstattung
 - Personelle Ausstattung (Assistenz)
- Begleitung
- Aktenlage (Barriere/Förderfaktor)

Häufige und typische Barrieren im Bedarfsermittlungsprozess aus sozialmedizinischer Sicht

- **Informationen, Antragsformulare etc.** zu möglichen Leistungen sind unverständlich o. komplex, nicht lesbar, z.B. Fehlen von Bf bei Sehbehinderung, von leichter Sprache
- **Der Schriftwechsel** wird nicht barrierefrei (DIN-NORM) geführt
- Es gibt nur unzureichende Möglichkeiten der **Vorbereitung**(smöglichkeit), z.B. Assistenz fehlt
- Beratung fehlt
- Das Bedarfsermittlungsgespräch kann angstbesetzt nicht geführt oder kann emotional nicht bewältigt werden (Angsterkrankung – Ängste, Depression – fehlende Motivation.
- **Bedarfsermittlungsgespräch:**
 - Kein bf Zugang, (Gebäude etc. zahlreiche Arztpraxen!!)
 - Unzureichende Kenntnisse/Erfahrungen des Arztes
 - Kommunikation: Schwer verständliche Sprache, Lautstärke, Deutsch, fachspezifische Spr.
 - Nicht wertschätzende Haltung/Kommunikation nur mit Begleitperson
 - Fehlende Akzeptanz einer Unterstützung durch Dritte
 - Beeinträchtigung der situativen Handlungsmöglichkeiten durch Stress
 - Mehrpersonensetting beängstigend
 - Überlänge mit Erschöpfung und Konzentrationsbeeinträchtigungen
- Überforderung durch Kombination der BE mit Teilhabe/Gesamtplanung als Hilfeplankonferenz: Hohe Kommunikations- und Selbstdarstellungsanforderungen wirken als Barriere. (Unterstützung durch Leistungserbringer streitig)
- Reine **Aktenlage** kann eine Barriere für eine begründete Entscheidung sein. Vorteil bei Ängsten.

Verfahrensweisen bei der Bedarfsermittlung: Medizinische Rehabilitation

Die **Krankenkasse** als Rehaträger für die BE verantwortlich.

- Sie hat diese jedoch weitestgehend an den Vertragsarzt, Arzt des Krankenhauses bzw. Sozialdienst delegiert (Reharichtlinie des GBA)
- Dieser ermittelt in den 4 Bedarfsermittlungsfragen zu Schädigungen und Beeinträchtigungen, Zielen, mögliche Maßnahmen durch Untersuchung, Auswertung von Befunden und Gespräch,
- Er dokumentiert das Ergebnis auf dem Muster 61, fügt ggf. Arztbrief/Stellungnahme hinzu,
- Prüfung durch die KK durch MD (Ausnahmen z.B. Anschlussreha, geriatr. Reha) Vertragsarzt (Untersuchung, Befundbericht auf Formular), gelegentlich Nachforderung von Informationen
- **Allgemeine Barrieren: s.o.**
- **Spezielle Barrieren: Arztpraxis (Räume), Zeitmangel, Mangelnde Kenntnisse, u.a. der ICF, Einstellung des Arztes zu med. Reha, U.U. Informationen aus den Akten (z.B. PflegeGA)**
- **Spezielle Barrieren (subj): Ängste, danach zu fragen, Ängste um Arbeitsplatz, finanzielle Sorgen, Pat kann nicht/kaum beeinflussen, was der Arzt schreibt. Ängst bzgl. Durchführung der Rehamaßnahme und Verlassen vertrauter Umgebung**
- **Allg. Barriere auch: Fehlen bzw. Unerreichbarkeit eines passenden Angebotes.**

Die **Rentenversicherung** ist als Rehaträger für die BE verantwortlich

- Umfangreiche Selbstauskunft (ergänzende ärztliche Befunde möglich)
- Ärztlicher Befundbericht in der Regel vom behandelnden Arzt (Formularvorgabe)
- Sozialmed. Prüfung durch RV, geleg. Nachforderung von Informationen
- **Barrieren: s.o.**

Verfahrensweisen bei der Bedarfsermittlung: Arbeitsleben

Die Rentenversicherung oder die Bundesagentur sind als Rehaträger für die BE verantwortlich.

- Im Arbeitsverhältnis - Innerbetrieblich: Nach Beratung, BEM-Verfahren, med. Reha, usw. folgt ein (oft noch allgemeiner) Antrag oder die in Betracht kommenden Leistungen wurden beim BEM-Verfahren, mit dem Integrationsamt, mit den VL der schwerbehinderten/Betriebs- oder Personalräten mit den Personalverantwortlichen vorgeklärt.
- Bei Arbeitslosigkeit/Grundsicherung ggf. Jobcenter, das sich der Fachdienste der BA bedient
- Beim Antragsverfahren: Umfangreiche Selbstauskunft (RV),
- **Fachberatung/Rehaberater führt die Bedarfsermittlung durch, ggf mit Integrationsamt usw. .**
- **Bei Hilfsmitteln/techn. Arbeitshilfen wirken technische Berater, ggf. auch des Integrationsamtes mit**
- **Fachdienste (Arbeitsmedizin, Psychologie) der BA bzw. sozialmed. Dienste der RV werden beteiligt.**
- **Gutachten nach Erprobung und rel. selten durch Fremdgutachter (bes. Expertise)**
- **Berichte, Bescheinigungen, Stellungnahmen der behandelnden Ärzte/Therapeuten werden eingeholt**
- Grundlage ist das Basiskonzept BE für LTA der BAR (Ergebnis des B3-Projektes) Darin sind diverse Instrumente zur BE aufgeführt.
- Für WfbM: besondere Länderspezifische Verfahren: LTA nur Eingangsbereich und berufliche Bildung, ansonsten Leistung der Eingliederungshilfe:formal soziale Teilhabe.

Verfahrensweisen bei der Bedarfsermittlung: Arbeitsleben

Barrieren bei der Bedarfsermittlung:

Allgemeine Barrieren. s.o.

Spezifische Barrieren

- Bedarfsermittlungsgespräch ggf. mit Arbeitgeber: Ängste, Bedenken wegen Machtmissbrauch: „Über den Tisch gezogen werden“
- Barrieren: Fehlende Kooperationsbereitschaft des Betriebes, Betriebsferne von Experten, berufl. Perspektiven schwer zu überblicken, Fehlen einer Koordination/Fallmanagement, Fehlende betriebliche Unterstützung z.B. durch SBVen!
- Arztpraxis, Zeitmangel, Ängste, nach Möglichkeit für LTA zu fragen, Unzureichende Kenntnisse und skeptische Einstellung des Arztes zu beruflicher Reha (z.B. Arbeit und Epilepsie), Pat kann nicht/kaum beeinflussen, was der Arzt schreibt. U.U. blockierende Informationen aus den Akten (z.B. PflegeGA),
- Fehlende konkrete Kenntnisse des Arbeitsplatzes und fehlende Kooperation mehrerer Experen, z.B. auch Vorrichtungsbau, vgl. auch Epilepsie, kognitive beeinträchtigung. Fehlen individueller Unterstützung (u.a. auch bei psych. Erkrankungen) in der be: IFD
- Barriere auch: Fehlen eines passenden Angebotes.
- Starre Vorgaben z.B. bzgl. der Arbeitszeit o.ä. z.B. bei Ausbildungsförderung

Verfahrensweisen bei der Bedarfsermittlung: soziale Teilhabe

Die Eingliederungshilfeträger sind als Rehaträger für die BE verantwortlich. Besonderheit: Umfangreiche und detaillierte Regelungen durch BTHG im SGB IX.

- Durchführung durch Fachkräfte des RT unter Nutzung länderspezifischer, oft sehr umfangreicher Bedarfserhebungsinstrumente.
 - Vorwiegend für Neufälle
 - Bestandsfälle erfolgen weitgehend durch LE mit Überprüfung durch LT
- Beiziehung medizinischer Unterlagen möglich, nicht die Regel.
- **Bedarfsermittlungsgespräch, oft mit Teilhabeplanung gemeinsam**
 - Vorbereitung notwendig, weil u.a. nach Wünschen gefragt wird,
 - Oft mehrstündig, ggf. 2-4 Termine (10 Stunden etc.)
 - Differenzierte Erfassung: Sicht des Betroffenen/Sicht der Fachkräfte
 - Hausbesuch
 - Gesamtplankonferenz
- Sozialmed. Begutachtung, z.B. durch ÖGD bei strittigen Fällen: Ist die Behinderung wesentlich?
- Anforderung der Stellungnahme des behandelnden Arztes, v.a. bei psychischen Erkrankungen (Oft nicht barrierefrei!
- **Barrieren: Hohe Komplexität**
- **Barrieren auch: Fehlen eines passenden Angebotes.**

§ 117 Gesamtplanverfahren

(1) Das Gesamtplanverfahren ist nach folgenden Maßstäben durchzuführen:

1. Beteiligung des Leistungsberechtigten in allen Verfahrensschritten, beginnend mit der Beratung,
2. Dokumentation der Wünsche des Leistungsberechtigten zu Ziel und Art der Leistungen,
3. Beachtung der Kriterien
 - a) transparent,
 - b) trägerübergreifend,
 - c) interdisziplinär,
 - d) konsensorientiert,
 - e) individuell,
 - f) lebensweltbezogen,
 - g) sozialraumorientiert und
 - h) zielorientiert,
4. Ermittlung des individuellen Bedarfes,
5. Durchführung einer Gesamtpflichtkonferenz,
6. Abstimmung der Leistungen nach Inhalt, Umfang und Dauer in einer Gesamtpflichtkonferenz unter Beteiligung betroffener Leistungsträger.

(2) Am Gesamtplanverfahren wird auf Verlangen des Leistungsberechtigten eine Person seines Vertrauens beteiligt.

§ 118 SGB IX Instrumente der Bedarfsermittlung

(1) Der Träger der Eingliederungshilfe hat die Leistungen nach den Kapiteln 3 bis 6 unter Berücksichtigung der Wünsche des Leistungsberechtigten festzustellen. Die Ermittlung des individuellen Bedarfes des Leistungsberechtigten muss durch ein Instrument erfolgen, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit orientiert. Das Instrument hat die Beschreibung einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in den folgenden Lebensbereichen vorzusehen:

1. Lernen und Wissensanwendung,
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen,
3. Kommunikation,
4. Mobilität,
5. Selbstversorgung,
6. häusliches Leben,
7. interpersonelle Interaktionen und Beziehungen,
8. bedeutende Lebensbereiche und
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.

(2) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über das Instrument zur Bedarfsermittlung zu bestimmen.

§ 121 Gesamtplan

- „...“
- 4) Der Gesamtplan enthält neben den Inhalten nach § 19 mindestens
1. die im Rahmen der Gesamtplanung eingesetzten Verfahren und Instrumente sowie die Maßstäbe und Kriterien der Wirkungskontrolle einschließlich des Überprüfungszeitpunkts,
 2. die Aktivitäten der Leistungsberechtigten,
 3. die Feststellungen über die verfügbaren und aktivierbaren Selbsthilferessourcen des Leistungsberechtigten sowie über Art, Inhalt, Umfang und Dauer der zu erbringenden Leistungen,
 4. die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 im Hinblick auf eine pauschale Geldleistung,
 5. die Erkenntnisse aus vorliegenden sozialmedizinischen Gutachten,
 6. das Ergebnis über die Beratung des Anteils des Regelsatzes nach § 27a Absatz 3 des Zwölften Buches, der den Leistungsberechtigten als Barmittel verbleibt, und
 7. die Einschätzung, ob für den Fall einer stationären Krankenhausbehandlung die Begleitung und Befähigung des Leistungsberechtigten durch vertraute Bezugspersonen zur Sicherstellung der Durchführung der Behandlung erforderlich ist.
- (5) Der Träger der Eingliederungshilfe stellt der leistungsberechtigten Person den Gesamtplan zur Verfügung.“

Häufige und typische Barrieren im Bedarfsermittlungsprozess

soziale Teilhabe

- **Informationen, Antragsformulare etc.** zu möglichen Leistungen sind unverständlich o. komplex, nicht lesbar, z.B. Fehlen von Bf bei Sehbehinderung, von leichter Sprache
- **Der Schriftwechsel** wird nicht barrierefrei (DIN-NORM) geführt
- Es gibt nur unzureichende Möglichkeiten der **Vorbereitung**(smöglichkeit), z.B. Assistenz fehlt
- Beratung fehlt, Med. Informationen nicht barrierefrei erhältlich.
- Das Bedarfsermittlungsgespräch kann angstbesetzt nicht geführt werden oder kann emotional nicht bewältigt werden (Angsterkrankung – Ängste, Depression – fehlende Motivation.
- **Bedarfsermittlungsgespräch:**
 - Unzureichende Kenntnisse/Erfahrungen der Fachkräfte (ICF, Schulungsgrad unterschiedlich)
 - Kommunikation: Schwer verständliche Sprache, Lautstärke, Deutsch, fachspezifische Spr.
 - Nicht wertschätzende Haltung/Kommunikation nur mit Begleitperson
 - Fehlende Akzeptanz einer Unterstützung durch Dritte bei mehr als 1 Person bzw. durch Leistungserbringer (trotz Assistenzfunktion)
 - Beeinträchtigung der situativen Handlungsmöglichkeiten des LB durch Stress
 - Mehrpersonensetting beängstigend
 - Überlänge, ggf. mehrere Stunden, mit Erschöpfung und Konzentrationsbeeinträchtigungen
- Überforderung durch Kombination der BE mit Teilhabe/Gesamtplanung als Hilfeplan/Gesamtplan konferenz: Hohe Kommunikations- und Selbstdarstellungsanforderungen wirken als Barriere. (Unterstützung durch Leistungserbringer streitig)
- Reine **Aktenlage** kann eine Barriere für eine begründete Entscheidung sein.

Abschließende Überlegungen

1. Das **Bedarfsermittlungs- und Bedarfsfeststellungsverfahren weist oft Barrieren** auf, die zu einer Benachteiligung des Leistungsberechtigten führen.
2. Diese betreffen, die **räumlichen Bedingungen einschl. Zugang**, die **Ausstattung**, v.a. aber die verschiedenen Formen der **Kommunikation** und ganz besonders die Gestaltung der **Interaktion** (Stichwort: „Augenhöhe“). Dabei spielen **Setting, Zeitdruck und Refinanzierung** eine große Rolle. Zentrale Bedeutung hat die **Haltung** der verantwortlichen Akteure: Fehlende Wertschätzung und Achtsamkeit.
3. Barrieren beeinträchtigen die aktive Beteiligung und Mitwirkung der Leistungsberechtigten in sehr unterschiedlichem Maße.
4. Z.T. werden solche Barrieren durch **Begleitpersonen/Assistenzkräfte** umgangen oder vermindert und werden deshalb nicht immer als solche wahrgenommen. Dadurch kann es zu Einschränkungen oder zum Verlust von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung kommen. Kritik ist oft schwer zu formulieren, wenn die Barrieren im zwischenmenschlichen Bereich liegen. Auch deshalb werden Barrieren durch die betroffenen Personen oft hingenommen.
5. **Da sich solche Barrieren rechtlich z.T. nicht fassen lassen, kann Barrierefreiheit allein durch Vorschriften nicht erzwungen werden. Haltung lässt sich nicht vorschreiben.**
6. Es kommt darauf an, **Barrierefreiheit auch bezogen auf Kommunikation und Interaktion zu operationalisieren**, z.B. die Verwendung leichter Sprache vorzugeben, eine Hinwirkungspflicht auf Beteiligung und Mitwirkung zu formulieren etc.
7. Andererseits gibt es zahlreiche Barrieren, bei denen das Recht helfen kann, dass sie verschwinden.
8. **Speziell bei der Bedarfsermittlung und – feststellung sind jedoch die nicht sichtbaren Barrieren von besonders hoher Bedeutung.**

Bewährt sich Recht als ein fördernder Kontextfaktor????



Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF

