

Editorial



Lebenslagen – alter Wein in neuen Schläuchen!?

Ende 2016 erschien der neue Teilhabebericht der Bundesregierung – gegliedert nach Lebenslagen. Die neue Homepage der Bundesagentur für Arbeit ist online – gestaltet nach Lebenslagen. Im Bundesteilhabegesetz werden Eingliederungshilfeleistungen unterteilt – nach Lebensbereichen. Was hat es mit der scheinbar „neuen“ Ausrichtung von Teilhabebedarf und Reha-Leistungen an Lebenslagen auf sich? Ketznerisch gefragt: Reicht nicht die Systematik im SGB IX sowie der Reha-Prozess?

Nein, das reicht nicht, soviel steht fest. Denn Menschen, die Unterstützung für ihre Teilhabe brauchen, müssen nicht in der Systematik eines Gesetzes denken; ihr Ausgangspunkt ist vielmehr ihr individuelles Problem und ihr individueller Unterstützungsbedarf.

Was den Ansatz so besonders macht, ist eben diese personenzentrierte Sichtweise. Lebenslagen bilden die tatsächliche Lebenswirklichkeit von Menschen mit Behinderung ab. Sie orientieren sich nicht an bestimmten Träger- oder Leistungsgrenzen, die eher künstlich sind und nicht der Lebenssituation entsprechen. Beispielhafte Lebenslagen sind Familie, Gesundheit, Ausbildung, Arbeit und Freizeit. Anhand dieser lässt sich aufzeigen, inwieweit eine Person bei der Verwirklichung eigener Lebensvorstellungen beeinflusst wird.

Dass dieser Ansatz zielführend ist, zeigte sich auch in der Übersetzung des BAR-Wegweisers Reha & Teilhabe in leichter Sprache. Wie erklärt man das Reha-System verständlich und nachvollziehbar, insbesondere für Menschen mit kognitiven Einschränkungen? Für die beteiligten Menschen mit Behinderung als Übersetzer war schnell klar, dass eine Zuordnung der verschiedenen Strukturen und Leistungen anhand von Lebenslagen am Besten gelingt. Auch viele Berufe im Reha-Geschehen arbeiten mit dieser Betrachtungsweise, weshalb das 2018 erscheinende BAR-Fachbuch für Ärzte und weitere Gesundheitsberufe ein Lebenslagenkapitel beinhalten wird.

Der Lebenslagenansatz ist nicht neu. Und doch nimmt er an Fahrt auf. So sollten Hilfesysteme und Leistungsstrukturen den individuellen Bedarfen des Einzelnen in seiner Lebenslage ausgerichtet werden und nicht umgekehrt – was nicht zuletzt den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention entspricht und mit dem Bundesteilhabegesetz noch einmal mehr an Aktualität gewinnt.

Der Lebenslagenansatz ist nicht neu. Und doch nimmt er an Fahrt auf. So sollten Hilfesysteme und Leistungsstrukturen den individuellen Bedarfen des Einzelnen in seiner Lebenslage ausgerichtet werden und nicht umgekehrt – was nicht zuletzt den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention entspricht und mit dem Bundesteilhabegesetz noch einmal mehr an Aktualität gewinnt.

Ich grüße Sie herzlich

Ihre Helga Seel

Geschäftsführerin der BAR

Lebenslagen

Lebenslagen, Lebensbereiche, Lebenswelten: In Wissenschaft und Politik werden zahlreiche Begriffe verwendet und beschrieben, die sich auf die individuelle Lebenssituation beziehen, in der sich eine Person befindet. Bezogen auf Menschen mit Behinderung, betrachtet man dann eine Teilhabesituation aus der Perspektive einer bestimmten Lebenslage. Dazu gehört zum Beispiel die Berücksichtigung der familiären Situation, schulpflichtige Kinder zu Hause versorgen zu müssen oder die höhere Mobilitätsanforderung, in einer ländlichen Region ärztliche und therapeutische Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen zu können.

Außer Frage steht, dass Lebenslagenansätze wichtigen Forderungen nachkommen, wie der Personenzentrierung oder der biopsychosozialen Betrachtung von Gesundheit. Gleichzeitig stellt sich die Frage, wie sich Lebenslagen definieren lassen. Dazu beschreibt der Teilhabebericht der Bundesregierung die Lebenslage als „Einbindung einer Person in ihre soziale, ökonomische, historische und kulturelle Umgebung“ (BMAS 2016). Je nach äußeren Bedingungen sowie persönlichen Fähigkeiten und Einschränkungen ergibt sich ein Handlungsspielraum, der über den Grad der Teilhabe entscheidet. Diese – als Lebenslage bezeichnete – Einbindung von Individuen lässt sich auf verschiedene Lebensbereiche beziehen, darunter u. a. die Bereiche Bildung, Arbeit, Gesundheit und Wohnen.

Vorteil und Anspruch zugleich liegen in der Fokussierung auf den Menschen in seiner persönlichen Lebenslage und nicht eingeordnet in Gesetzessysteme, Sozialleistungen und Maßnahmen. Denn Leistungsgruppen bilden selten die Lebenswirklichkeit ab. Konkret heißt das beispielsweise, personbezogene und umweltbezogene Kon-

Inhalt

| | |
|---|------|
| Lebenslagen | I |
| Die Relevanz von Lebenslagen am Beispiel der Behindertenhilfe | III |
| Lebenswelt Gesundheit | IV |
| Service | VII |
| Neue höchstrichterliche Rechtsprechung zum BEM | VIII |

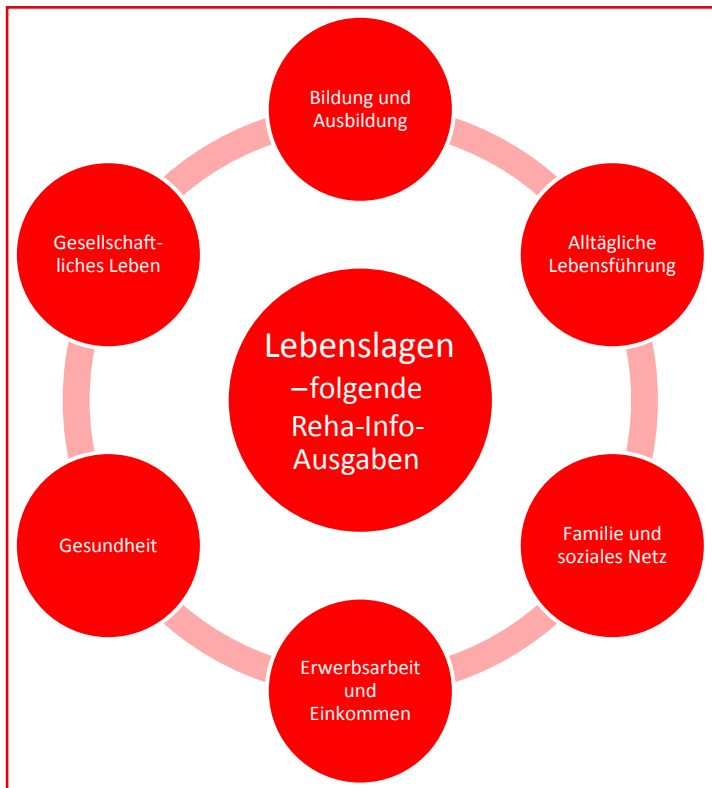


Abb. 1 In den nächsten Ausgaben der Reha-Info werden wir einzelne Lebenslagen als Themenschwerpunkte beleuchten.

abzubauen? Diese Fragen beantwortet der Bericht nicht etwa anhand des Leistungssystems, sondern gegliedert nach Lebensbereichen, darunter u. a. Familie und soziales Netz, Bildung und Ausbildung, Erwerbsarbeit und Einkommen, Alltägliche Lebensführung, Gesundheit, Freizeit, Kultur und Sport. Um die Lebenslage von Menschen mit Behinderung im Bereich „Alltägliche Lebensführung“ zu beurteilen, zieht die Bundesregierung Kriterien heran, wie barrierefreier Wohnraum und die Nutzbarkeit von öffentlichen Plätzen und Einrichtungen.

Im Bundesteilhabegesetz

Nicht weniger aktuell ist die durch das Bundesteilhabegesetz vorgesehene Untergliederung des leistungsberechtigten Personenkreis für die Eingliederungshilfe im SGB IX nach Lebensbereichen (§99 bzw. Kapitel 25a). Genannt werden hier Lernen und Wissensanwendung, Allgemeine Aufgaben und Anwendungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, bedeutende Lebensbereiche sowie Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerschaftliches Leben. Anzumerken ist, dass diese vorerst bis 2023 lediglich als modellhafte Erprobung angewendet werden.

Weitere Anwendung

Unabhängig von teilweise unterschiedlichen Ansätzen, versuchen der Teilhaberbericht und das Bundesteilhabegesetz Rehabilitation und Teilhabe stärker an den Lebenslagen von Menschen mit Behinderung auszurichten. In die gleiche Richtung steuern auch Rehabilitationsträger, indem Homepageinhalte zur Rehabilitation nach Lebenslagen sortiert werden. Neben der Deutschen Rentenversicherung, die mehrere Sortierungen anbietet, hat die Bundesagentur für Arbeit ihre neue Homepage www.arbeitsagentur.de komplett nach Lebenslagen strukturiert. ●

textfaktoren in der Reha-Begutachtung zu berücksichtigen oder die Reha-Ziele an die individuelle Lebenslage auszurichten. Das ist nicht neu und doch eine Forderung, die sich in der Praxis als anspruchsvolle Maxime darstellt, wie zum Beispiel der im Dezember 2016 erschienene Teilhaberbericht der Bundesregierung aufzeigt.

Im Teilhaberbericht der Bundesregierung

In knapp 600 Seiten fasst sich der wissenschaftlich fundierte Bericht mit den Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland. Wie steht es um ihre Teilhaberchancen in den einzelnen Lebensbereichen und wo gilt es noch Barrieren

Zweiter Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen

Der Anteil der erwerbstätigen Menschen mit Beeinträchtigungen ist von 2005 bis 2013 um acht Prozentpunkte auf 49% gestiegen. Das geht aus dem Teilhaberbericht 2016 der Bundesregierung hervor. Sowohl die Alterung der Gesellschaft als auch steigende Anteile von Menschen mit Beeinträchtigungen in allen Altersgruppen tragen demnach dazu bei, dass die Zahl der Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt zugenommen hat, von rund 11 Mio. im Jahr 2005 auf knapp 12,8 Mio im Jahr 2013. Der Bericht macht auch deutlich, dass die Entwicklung der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen nicht in allen Lebensbereichen einheitlich verläuft. Der Bericht stellt die Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen in den Vordergrund und macht deutlich, dass es in wichtigen Lebenslagen weiterhin Nachholbedarf gibt.

Online verfügbar unter http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Pressemitteilungen/2017/zweiter-teilhaberbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=4

Die Relevanz von Lebenslagen am Beispiel der Behindertenhilfe

Renate Pfautsch, Wiesbaden

Geschäftsführerin, EVIM Evangelischer Verein für Innere Mission in Nassau, Gemeinnützige Behindertenhilfe GmbH



In welcher Form spielen Lebenslagen eine Rolle in der Reha-Praxis?

Die Lebenslagen spielen in der Ausgestaltung unserer Einrichtungen und Angebote und in der direkten Begleitung von Klienten eine wichtige Rolle. Die EVIM Gemeinnützige Behindertenhilfe GmbH bietet Menschen mit geistiger Beeinträchtigung, körperlicher Behinderung und psychischer Erkrankung eine Vielzahl individueller und dezentraler Wohn- und Betreuungsformen, Bildung, Beschäftigung, qualifizierte Arbeitsplätze und Freizeitmöglichkeiten.

Als EVIM Behindertenhilfe legen wir Wert auf einrichtungs- und zielübergreifende Arbeit. Dafür schaffen wir Angebote und Projekte, die allen Klienten – unabhängig von ihrer Betreuungsform – offenstehen und in die auch Personen außerhalb der Behindertenhilfe einbezogen werden.

EVIM hat durch die Teilnahme am Modellprojekt PerSEH (Projekt zur Weiterentwicklung der personenzentrierten, leistungsorientierten Finanzierungssystematik in der Eingliederungshilfe für erwachsene Menschen mit Behinderung) des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen die Möglichkeit bekommen, die Versäulung der Hilfen (stationär, teilstationär, ambulant) in der direkten Betreuung zu flexibilisieren und zu einem großen Teil aufzulösen. Diese Versäulung, durch die Angebote für Klienten an bestimmte Betreuungsformen gebunden sind, werden den individuellen Bedarfen, der Lebenssituation und dem Wunsch und Wahl-

recht der Menschen nicht gerecht. Auch die strikte Abgrenzung von Angeboten nach Zielgruppen ist nicht bedarfsorientiert. Es handelt sich nicht um homogene Personengruppen, für die Bedarfe und Lebensformen allgemein abgeleitet werden können.

Durch PerSEH hat die EVIM Behindertenhilfe 2009 ein neues zeitbasiertes Finanzierungsmodell eingeführt. Damit ist die Vergütung der Betreuung in allen Angeboten gleich und Klienten müssen nicht die Wohnform wechseln, um Zugang zu bestimmten Leistungen zu haben. So ist es möglich, dass sie flexibel Leistungen in unterschiedlichen Bausteinen wählen, die ihrer persönlichen Situation und ihrem Bedarf entsprechen. Es kann zum Beispiel jemand Teilzeit einen Arbeitsplatz in der Werkstatt haben, an anderen Tagen die Tagesstätte besuchen oder Angebote aus übergreifenden Beschäftigungs-, Bildungs- und Freizeitprogrammen wählen.

Mit der Einführung von PerSEH sind in der Folge bei EVIM viele dezentrale Wohnmodelle mit unterschiedlichen Betreuungssettings entstanden. Durch die Wechselwirkung der Lebensweltgestaltung auf das Verhalten von Klienten und die Erschließung von neuen Möglichkeiten haben viele den Weg in ein selbständigeres und selbstbestimmteres Leben geschafft.

Unser Ziel bei der Gestaltung von Unterstützungsformen ist die größtmögliche Orientierung an Normalität, auch bei hohem Unterstützungsbedarf.

Wie hängen die ICF und das Lebenslagenmodell zusammen?

Der personenzentrierte Ansatz im Rahmen von PerSEH wurde mit der Einführung des Integrierten Teilhabeplans (ITP) in Hessen konsequent verstärkt. Der ITP ist das Instrument, mit dem der individuelle Unterstützungsbedarf einer Person anhand seiner Ziele erhoben wird. Es stellt einen Paradigmenwechsel dar, dass die benötigte Unterstützungszeit zur Zielerreichung finanziert wird und nicht der am Defizit und an der Zielgruppe orientierte Betreuungsbedarf.

Bei der Erstellung des ITP geht es um den Prozess der individuellen Ziel- und Lebensplanung gemeinsam mit dem Betroffenen. Dafür bedarf es der Analyse seiner persönlichen Situation und seiner Biografie unter Einbeziehung der Umfeldfaktoren und der eigenen Wünsche und Möglichkeiten. Dazu werden im Einzelfall zusätzliche Methoden eingesetzt, z.B. Zukunftskonferenzen, Familienschatzkarten etc. Insbesondere bei Menschen, die sich nicht oder schwer äußern können, ist es besonders wichtig, alle wichtigen Personen im Umfeld einzubeziehen. Im Prozess sind uns Sozialraumorientierung und die Einbindung von Klienten in unterschiedliche soziale Bezüge und Rollen wichtig.

Auf der Basis des ITP werden mit den Klienten Angebote und Aktivitäten für einen definierten Zeitraum vereinbart, die für beide Seiten verbindlich sind. Danach findet eine Überprüfung und gegebenenfalls eine Anpassung statt. Wichtig ist daher die Festlegung von Indikatoren, an denen eine Zielerreichung gemessen werden kann. Grundsätzlich ist es bei der Veränderung der Lebenslage wichtig, den Teilhabeplan neu abzustimmen. Nur wenn Bedarf und Angebote jederzeit flexibel angepasst werden können, ist zu gewährleisten, dass ein Klient die Unterstützung bekommt, die er braucht, um seine Ziele zu erreichen. ●



Lebenswelt Gesundheit

Gerlinde Bendzuck

Vorsitzende der Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin e.V.

Beim Thema Lebenslagen müssen auch Menschen mit Behinderungen zu Wort kommen, um ihre Erfahrungen zu schildern. Gerlinde Bendzuck ist nicht nur Vorsitzende der Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin e. V., sondern auch Expertin in eigener Sache: Als Rollstuhlfahrerin weiß sie, wovon sie spricht. Um den Zusammenhang zwischen Teilhabe und dem Lebenslagenkonzept herzustellen, schildert sie ihre persönliche Erfahrungen. Für die Akteure im Reha-System können solche Erfahrungen wichtige Impulse liefern.



Praxistest: Ist hier ein Arzt?

Wenn in Berlin ein Mensch mit einer Behinderung einen (Fach)Arzt sucht, hat er/sie zunächst ein Informationsproblem. Die online-Arzt Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) kennt nur die Merkmale „rollstuhlgerecht“ (wird erklärt nach DIN 18040 Teil 2), bedingt rollstuhlgerecht (3 Kriterien wie Steigung von Rampen, Türbreite, Stufen) und „barrierefrei“ (völlig ohne Erläuterung). Wer hier als Mensch mit Seh- oder Hörbehinderung oder Lernschwierigkeiten sucht oder sich Gedanken über die Nutzbarkeit von Untersuchungsgeräten für verschiedene Arten von Behinderungen macht, wird nicht fündig. Diese Angaben beruhen zudem auf Selbstauskunft. Nicht vollständig und selbstauskunftsbasiert, wenn auch mit besseren Kriterien, ist das nationale Portal der Stiftung Gesundheit. Auch nur eine Teilabdeckung erreicht das Berliner Portal mobidat. Die Zahnärzte haben jetzt webbasiert und als Print-Variante einen Praxisführer, der immerhin auch Auskunft gibt über Unterstützungsangebote für Menschen mit Sinnesbehinderungen, Behandlung von Kindern mit Behinderungen oder geriatrischen Patienten. Anzeigen über Eignung von Behandlungsgeräten, barrierefreien WCs, Anreise- und Parkmöglichkeiten oder die Qualifikation des Personals – meist Fehlzeige. Mit diesem beschränkten Informa-

tionsangebot ist die freie Arztwahl wie bei Menschen ohne Behinderungen noch sehr weit entfernt.

Praxistest: (Fach-)Arztdichte und Barrierefreiheit aus Rollsperspektive

Als Rheuma-Betroffene und Patientenvertreterin sammle ich seit 25 Jahren Erfahrungen mit dem Berliner Gesundheitswesen. Berlin ist rheumatologisch nach den Kriterien der Deutschen Rheuma-Liga unterversorgt – es steht im ambulanten Bereich nur ungefähr die Hälfte der notwendigen internistischen Rheumatologen zur Verfügung. Dazu ist zu wissen: Wenn eine entzündliche rheumatische Gelenkerkrankung vorliegt, dauert es nur wenige Wochen, bis die ersten Schädigungen am Gelenkknorpel oder Knochen auftreten. Das Zeitfenster beträgt ca. 12 Wochen, danach wird trotz eingeleiteter leitliniengerechter Therapie die Chance auf eine (Teil-)Remission deutlich geringer. Nach Zahlen des DRFZ (Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin) dauert bei Rheumatoider Arthritis die Zeitspanne bis zur Erst-Vorstellung beim Rheumatologen immer noch im Mittel 1,2 Jahre. Diese Unterversorgung verursacht täglich Schmerzen, vermeidbare Behinderungen, frühzeitige Berentungen und sogar Mortalität (schlecht eingestellte Menschen mit ent-

zündlichem Rheuma sterben im Mittel 10 Jahre früher an Krankheitsfolgen).

Der Rheumatologenmangel in Berlin bedeutet auch Einschränkungen in der Arztwahl: wer einmal bei einem Rheumatologen in die Kartei aufgenommen wurde, wird ungeachtet seiner Zufriedenheit kaum wechseln können. Ich persönlich nehme für eine gute Rheumatologin seit rund 20 Jahren eine nicht barrierefreie Arztpraxis mit einer dreiviertel Stunde Anreisezeit quer durch die Stadt in Kauf. Ein paar Stufen vor dem Haus, ein paar im Treppenhaus – das ist im manuellen Rollstuhl nur mit Unterstützung durch meinen Mann zu bewältigen, und im Elektrorollstuhl gar nicht. Der Einbau von Hublift innen und Rampen außen scheidet am Vermieter. Diese Situation ist typisch für Arztpraxen in den vielen Gründerzeitbauten in Berlin. Die Bauordnung und die Zulassungsregularien bieten zumindest für den Bestand kaum Handhabe zur Änderung. Innen ist die Praxis ebenfalls mit Niveauunterschieden versehen und hat dazu eine Rampe mit geschätzten 12% Steigung (Norm: max. 6%). Ohne Unterstützung ist dies für mich nicht zu bewältigen, immerhin kann mir dabei noch das nette Praxispersonal helfen. Wenn ich aber z.B. für eine Gelenkpunktion auf die Liege soll, muss mein Mann mich rauf- und runterheben. „Hebespiele“ benötige ich auch, wenn meine Gelenke im großen benachbarten Ärztezentrum in Prenzlauer Berg geröntgt werden müssen. Dort gibt es immerhin einen barrierefreien Zugang mit Fahrstuhl und Umkleidekabinen auch für Rollstuhlfahrerinnen und -fahrer. Dies ist längst noch nicht in allen Röntgenpraxen Standard, und nur wenige haben Hebevorrichtungen bzw. höhenverstellbare Liegen. Allein lebende Rollstuhlfahrer, ältere Menschen oder Rollstuhlfahrer mit ebenfalls gesundheitlich beeinträchtigten Partnern haben mit dieser Situation ein massives Problem. Die Antwort heißt dann oft: stationäre Einweisung, was weder im Sinn der Betroffenen noch für unser Gesundheitssys-

tem eine gute Antwort darstellt. Wenn Rollstuhlfahrerinnen in Berlin einen ambulanten Gynäkologen aufsuchen möchten, weist die Arztsuche der KV zwar 99 Praxen mit Kassenzulassung aus, in die man als Rollstuhlfahrerin barrierefrei hineinkäme. Es gibt aber keine Aussage darüber, wie geeignet die Untersuchungsräume und -möbel sind und ob es barrierefreie Toiletten gibt. Würde ich ab dem 50. Geburtstag am Mamma-Screening teilnehmen wollen, bräuchte ich auf jeden Fall Assistenz, um auf einen höhenverstellbaren Hocker gehoben zu werden, den man vor das Röntgengerät stellen müsste, da ich selbst nicht mehr stehen kann. Für Rollstuhlfahrerinnen und -fahrer sind z.B. auch Augenarztpraxen und Pulmologen ein Problem, weil viele Untersuchungseinheiten fest verbaute Arzthocker und nicht verschwenkbare Behandlungseinheiten haben.

Hürden der Barrierefreiheit auf Anbieterseite

Gespräche mit Ärzten und Vertretern der Stiftung Gesundheit zeigen, dass Ärzte nicht

unbedingt motiviert sind, Praxen barrierefrei auszugestalten. Sie sind nicht informiert über Standards und Anforderungen an Barrierefreiheit, dabei entstehende Kosten und Fördermöglichkeiten. Die Stiftung Gesundheit hat hierzu verschiedene Tools bereit gestellt (www.stiftung-gesundheit.de/stiftung/projekte-zur-barrierefreiheit.htm), wie auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Als Mieter in den Praxen sind bauliche Veränderungen häufig mit dem Vermieter auszuhandeln und aus den Praxiseinnahmen oder Fördertöpfen zu finanzieren. Alternativen bei den Untersuchungsgeräten gäbe es durchaus – zu einem gewissen Aufpreis. Da Ärzte häufig auch die Praxisausrüstungen mieten, ist das Feature „barrierefrei“ dann oft ein verzichtbares Extra oder wird nur auf Nachfrage angeboten. Der Nationale Aktionsplan (NAP 2.0) zur Umsetzung der UN-BRK sieht unter anderem eine Initiative vor für Barrierefreiheit in Unternehmen, insbesondere zum Thema „Barrierefreie Arztpraxen“. Dazu denkt man an eine „stärkere Herausstellung des Fördermerkmals Barrierefreiheit innerhalb der

vorhandenen ERP/KfW-Förderprogramme für Gründung und Wachstum und Prüfung einer Auflage eines neuen KfW-Förderprogramms für das Gesundheitswesen“. Solange allerdings im BGG keine Verpflichtung Privater zur Barrierefreiheit verankert ist, und Deutschland die 5. Antidiskriminierungsrichtlinie der EU nicht ratifiziert, wird dies vermutlich keinen deutlichen Impuls für mehr Barrierefreiheit auslösen.

Barrierefreiheit in der Kommunalpolitik

Barrierefreiheit wird in großen Teilen auch auf der lokalen Ebene ausgehandelt. Im Land Berlin gibt es einen neuen Koalitionsvertrag, der eine bessere Versorgung für Menschen mit Behinderungen im „Regelbedarf“ (ich als Rollstuhlfahrerin möchte zum Augenarzt) wie auch Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen vorsieht. Im gemeinsamen Landesgremium wurde eine sektorenübergreifende Arbeitsgruppe gegründet, die als Grundlage weiterer Planungen bis Frühjahr 2017 ein Diskussionspapier zum Stand der Barrierefreiheit

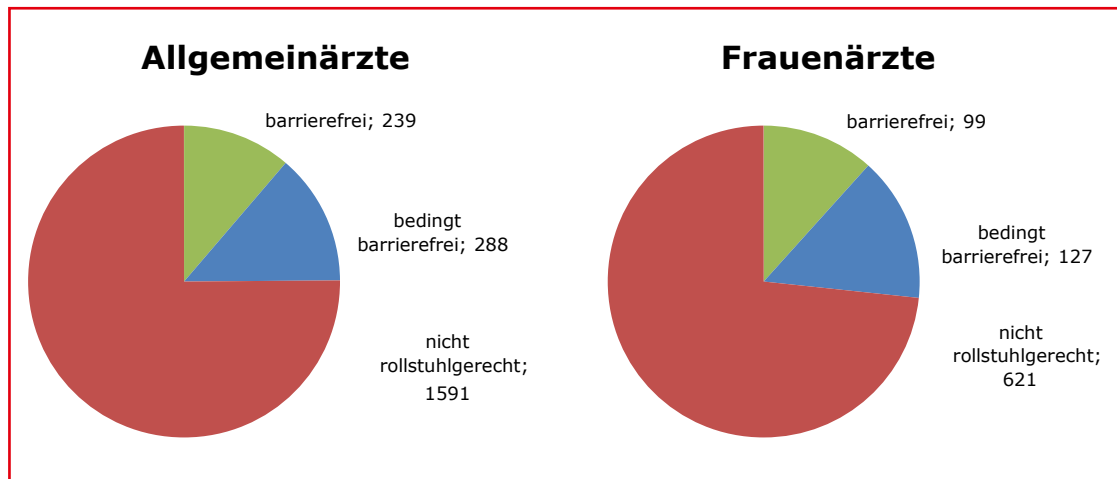


Abb. 2 Web-Arztuche in Berlin: Kassenärztliche Vereinigung

Definition barrierefrei? (meint hier nur rollstuhlgerecht im Zugang)
 Ausreichende Nutzbarkeit der Untersuchungsmöbel? Sanitäräume?
 Kompetenzen Personal?

Datenquelle: www.kvberlin.de/60arztsuche/detailsuche.html, Stand 3.3.17

im ambulanten und stationären Bereich in Berlin erstellen soll.

Als Patientenvertreterin erlebe ich hier allerdings nur geringe Fortschritte gegenüber Gesprächspartnern wie der Kassenärztlichen Vereinigung, Krankenkassen oder den Kammern. Auch in anderen Gremien des Berliner Gesundheitswesens wird auf Zeit gespielt: solange auf dieser Landesebene keine verbindliche Definition von Barrierefreiheit existiert, sehe man sich nicht verpflichtet, Krankenhäuser oder niedergelassene Ärzte bei Neuzulassungen auf definierte Kriterien der Barrierefreiheit festzulegen. Die Bedarfsplanungs-Richtlinie sieht hingegen vor, im Bedarfsplan das Kriterium „Barrierefreiheit“ zu berücksichtigen, und auch in der ASV-Richtlinie (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung, § 116b SGB V) und den für Berlin anzupassenden Formularen ist in Barrierefreiheit Voraussetzung für die Erteilung der Zulassung (§ 4 (2)). Dies heißt konkret: wenn dort im ASV-Antrag einer Praxis oder eines Krankenhauses an der einen vorgesehenen Stelle das Kreuz bei Barrierefreiheit ist – wobei man bisher in Berlin nicht festlegen und nicht einmal empfehlen will, was das bedeutet, prüft keiner nach. Hier zeichnet sich eine Politik der sehr kleinen Schritte ab, die vermeidbare Folgeschäden und größere Krankheitslast für uns und unsere Angehörigen durch zu seltene Arztbesuche verursacht. Dass es anders gehen kann, wird uns ein anderes Bundesland demnächst im Rahmen einer Zielvereinbarung mit der KV zur Barrierefreiheit im Gesundheitswesen vormachen.

Die menschliche Komponente

Meine persönlichen Erfahrungen im ambulanten medizinischen Bereich sind größtenteils positiv, vielleicht, weil ich mich Selbsthilfe-gestärkt artikulieren kann. Aus meiner Tätigkeit im Vorstand von Selbsthilfe-Vereinen kenne ich jedoch viele Menschen mit chronischen Krankheiten und

Behinderungen, die von Ärzten oder medizinischem Personal wiederholt als „Störfaktor“ unwirsch von oben herab behandelt und kurz abgefertigt werden, weil sie eine komplexere Behandlung benötigen und „unverhältnismäßig“ viel Zeit brauchen. Ein zugewandtes, solidarisches Gesundheitssystem in einer reichen westlichen Demokratie sollte jedoch seine Ressourcen anders steuern: Gerade die besonders vulnerablen Gruppen wie Menschen mit Behinderungen und chronisch kranke Menschen sollten vom Kontingent für die „sprechende Medizin“ profitieren. Bestimmte Aspekte der Telemedizin und Digitalisierung können meiner Meinung nach gerade diese Freiräume schaffen und mehr gesundheitliche Chancengleichheit ermöglichen.

Die Behandlungsqualität – Wissen um das Besondere

Wo und wie man uns bei einer Untersuchung oder Behandlung richtig anfassen und bewegen muss, welche zusätzlichen Fragen vielleicht nötig sind, welche Umfeldfaktoren noch zu bedenken sind, kann sich vom „Standardpatienten“ unterscheiden. Dieses Wissen wird jedoch zurzeit von Ärzten, Pflegepersonal und anderen Behandlern noch nicht unbedingt systematisch vermittelt. Die Deutsche Rheuma-Liga e.V. hat hierzu seit 2007 das Programm „Patient Partners“ aufgelegt, bei dem an mehreren Hochschulen geschulte Patienten Ärzte in der Ausbildung anleiten, Rheumatischer zu untersuchen (www.rheuma-liga.de/aktivitaeten/projekte/detailansicht/news/patient-als-partner). Krankheitsspezifische typische Symptome für verschiedene rheumatische Erkrankungen werden hier anschaulich und mit viel positiver Resonanz vermittelt. Mit diesem Wissen wird dann z.B. ein guter Arzt vermeiden, zu „grob“ mit einem betroffenen Gelenk umzugehen, an angemessene Schutzmaßnahmen der Halsregion bei der Narkose zu denken oder angesichts von Osteoporose nach langjähriger

Cortisoneinnahme rechtzeitig an Prävention denken.

Die monetäre Komponente und die Bundespolitik

Ohne Zweifel dauert es meist länger, Menschen mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten gut zu behandeln. Wir brauchen länger beim An- und Auskleiden, es ist zeitaufwändiger und fordert mehr Aufmerksamkeit und Kompetenz, eine gute Anamnese zu machen, uns manuell oder mit Geräten zu untersuchen und zu behandeln. Behinderungsbedingt können noch Kommunikationshürden auftreten. Oft ist dieser Mehraufwand bei Kassenpatienten nicht im Vergütungssystem abzurechnen. Dazu kommt, dass unsere Klientel häufiger beim Arzt ist – was diesem bei Kassenpatienten mit mehreren Besuchen im Quartal wegen der gleichen Diagnose nicht vergütet wird. Dieses Problem sollte auf der Bundesebene politisch angegangen werden, denn der „gute Wille“ allein wird nicht ausreichen, zu einer inklusiveren Behandlungskultur bei den Medizinern zu kommen.

Fazit: es bleibt schwierig

Insgesamt komme ich zu dem Ergebnis: weil es so viel umständlicher und unsicherer ist und länger dauert, nehme ich weniger Gesundheitsleistungen (z.B. bei der Prävention) in Anspruch, als es vernünftig wäre. Rechnet man noch weitere Belastungsfaktoren wie Multimorbidität, Mehrfachbehinderung, geringeres Bildungsniveau, geringes Einkommen, geringere sprachliche Kompetenz/Artikulationsfähigkeit oder weniger Gesundheitswissen dazu, halte ich es für sehr wahrscheinlich, dass allein von den rund 350000 Menschen mit Schwerbehinderung in Berlin ein größerer Anteil in der Lebenswelt Gesundheit deutlich schlechter gestellt ist als Menschen ohne Behinderung. Das sollte sich ändern! ●

Service

Im Zusammenhang mit Lebenslagen und der individuellen Teilhabe von Menschen mit Behinderung gibt es zahlreiche gute Informationen und Portale. Hier werden einige beispielhaft genannt.

Menschen mit Behinderung schreiben für taz

Gemäß des zentralen Grundsatzes der UN-Behindertenrechtskonvention – „Nicht über uns ohne uns!“ – lud die taz im Winter 2016 Menschen mit Behinderung in ihre Redaktion ein. Anlässlich des Internationalen Tages des Menschen mit Behinderung sollten all jene zu Wort kommen, deren Stimmen selten gehört werden und deren Schicksale meist im Verborgenen bleiben. Für eine Ausgabe legten die taz Mitarbeiter ihre Stifte nieder und überließen Menschen mit Behinderung das Schreibfeld. Unter der Überschrift „taz. mit Behinderung“ erschienen spannende Einblicke in den Alltag Betroffener, Berichte von dem Umgang mit Barrieren sowie Schilderungen über Selbst- und Fremdwahrnehmungen. Ermöglicht und koordiniert wurde der Perspektivwechsel von www.leidmedien.de, einem Projekt der Berliner Sozialhelden. Die fertige Ausgabe erschien am 2. Dezember 2016 im Handel.

Mehr Informationen unter:
www.leidmedien.de

Leichte Sprache

Um vor allem Betroffene anzusprechen, nämlich Menschen mit Behinderung, veröffentlichte die BAR in diesem Jahr die 5. Broschüre in Leichter Sprache. Leicht verständlich, in gut leserlicher Schriftgröße und kontrastreich gestaltet, bereiten die Hefte reharelevante Sachverhalte ihrer Zielgruppe entsprechend auf. Unterstützt durch Illustrationen sollen Menschen mit Behinderung so ein für sie zugängliches Medium erhalten, das es ihnen ermöglicht, sich selbstständig zu informieren.

Damit sich Menschen mit Behinderung auch online zurechtfinden, stehen BAR-Website-Inhalte auch in Leichter Sprache zur Verfügung. Alle fünf Wegweiser gibt es nicht nur als leichtverständliche Print-Broschüre, sondern ab sofort auch online. Das Leichte Sprache Symbol befindet sich am oberen Ende der Website, neben dem Kontrastbutton.

BAR-Website in Leichter Sprache:
www.bar-frankfurt.de/leichte-sprache

10 Knigge-Tipps zum respektvollen Umgang mit behinderten Menschen

Wie geht man angemessen und vor allem respektvoll mit Menschen mit Behinderung um? Darf man einen blinden Mann mit den Worten „Schön dich zu sehen.“ begrüßen? Wie bietet man seine Unterstützung an, ohne aufdringlich zu wirken? Um Barrieren zwischen Menschen mit und Menschen ohne Behinderung abzubauen, hat der Paritätische Wohlfahrtsverband Hessen ein Heft mit wertvollen Alltagstipps veröffentlicht. Es soll helfen, mögliche Vorbehalte gegenüber Menschen mit Behinderung auszuräumen und unpassendes Verhalten seitens Nichtbehinderter zu vermeiden.

Den Knigge finden Sie unter:
www.paraetaet-hessen.org/fileadmin/redaktion/Texte/Aktuelles__Slider_/Zehn_Knigge-Tipps_Web_bfcp20130926__2_.pdf

Einfach teilhaben

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) betreibt ein Webportal für Menschen mit Behinderungen, ihre Angehörigen, Verwaltungen und Unternehmen. Darauf werden zahlreiche Informationen gegliedert nach Lebenslagen angeboten: Kindheit und Familie, Schule und Studium, Ausbildung und Arbeit, Alter, Gesundheit und Pflege, Mobilität und Freizeit, Bauen und Wohnen, Finanzielle Leistungen, Schwerbehinderung.

Hinzu kommen Informationen in Leichter Sprache sowie Gebärdensprache.

Das Webportal finden Sie unter:
www.einfach-teilhaben.de





Neue höchstrichterliche Rechtsprechung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM – als Teil betrieblicher Prävention) ist ein wesentlicher Baustein zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben. Die komplexe Norm des §84 Abs. 2 SGB IX ist seit ihrem Inkrafttreten 2004 sukzessive durch höchstrichterliche Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts (BAG) praxisverbindlich ausgestaltet worden. Besonders relevante Kernaussagen aus der Rechtsprechung des BAG sind bereits in der Reha-Info 2/2015 vorgestellt worden. Seither sind weitere bedeutsame Urteile ergangen, deren Kernaussagen* nachfolgend wiedergegeben werden:

Die Einführung eines BEM im Unternehmen unterliegt dem Grunde nach der Mitbestimmung nach §87 BetrVG. Der Umfang der Mitbestimmung ist u.a. abhängig von der konkreten Frage der betrieblichen Ausgestaltung des BEM.

Der Betriebsrat hat ein Initiativrecht zur Ausgestaltung des Klärungsprozesses nach §84 Abs. 2 SGB IX. Bei Dissens mit dem Arbeitgeber kann dieses allerdings nur in engen Grenzen durchgesetzt werden. Jedenfalls können über den Weg der Einigungsstelle (§76 BetrVG) nicht Detailregelungen zu folgenden Aspekten durchgesetzt werden: Allgemeine Information der Beschäftigten über das BEM, Bildung eines

Integrationsteams, Wirksamkeits- und Qualitätsprüfung von BEM-Maßnahmen, Einzelheiten zur innerbetrieblichen Begleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung, Anwesenheitsrechte des Betriebsrats beim Erstgespräch mit dem Beschäftigten ohne dessen Zustimmung.

BAG, Beschluss v. 22.03.2016 – 1 ABR 14/14

Ein BEM kommt nur dann nicht als milderer Mittel zur Vermeidung einer krankheitsbedingten Kündigung in Betracht, wenn es objektiv aussichtslos ist. Die Aussichtslosigkeit ist im Streitfall vom Arbeitgeber vorzutragen und zu beweisen. Der Hinweis darauf, dass dem Beschäftigten eine EM-Rente bewilligt wurde, reicht dafür für sich genommen nicht aus. Es bedarf weiterer Ausführungen.

Wird ein BEM nicht ordnungsgemäß angeboten oder durchgeführt, erhöhen sich die Anforderungen an die Darlegungslast des Arbeitgebers bezüglich der objektiven Nutzlosigkeit eines BEM.

BAG, Urteil v. 13.05.2015 – 2 AZR 565/14; BAG, Urteil v. 16.07.2015 – 2 AZR 15/15

Nicht jede Einladung eines Beschäftigten zu einem Personalgespräch während einer Arbeitsunfähigkeit ist als Teil eines BEM zu werten, das von der Zustimmung des Beschäftigten abhängen würde. Maßgeblich ist

insoweit der konkrete Zweck des Gesprächs. Dieses darf auch nicht auf einen Zeitpunkt nach AU-Beendigung aufschiebbar und muss dem Beschäftigten zumutbar sein.

Das Weisungsrecht des Arbeitgebers in Bezug auf leistungssichernde Neben-, Verhaltens- oder Rücksichtnahmepflichten aus §241 Abs. 1 und Abs. 2 BGB und auf Unterlassungspflichten des Beschäftigten bleibt von dessen Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich unberührt.

Wegen der Rücksichtnahmepflichten gegenüber dem Beschäftigten ist eine Einladung zu einem Personalgespräch während einer Arbeitsunfähigkeit allerdings nur in Ausnahmefällen eine – bei Weigerung des Arbeitnehmers abmahnfähige – Weisung des Arbeitgebers zur Gesprächsteilnahme. Eine entsprechende Weisung kommt nur in Betracht, wenn dringende betriebliche Gründe die persönliche Anwesenheit des Beschäftigten noch während der Arbeitsunfähigkeit erfordern. Die Darlegungs- und Beweislast dafür trägt der Arbeitgeber.

BAG, Urteil v. 02.11.2016 – 10 AZR 596/15



** redaktionell abgewandelte und zusammengeführte Aussagen aus den Entscheidungsgründen und z.T. den Leitsätzen der angegebenen und weiterer Entscheidungen.*

Impressum

Reha-Info zur Zeitschrift Die Rehabilitation, 56. Jahrgang, Heft 2, April 2017
Die Reha-Info erscheint außerhalb des Verantwortungsbereichs der Herausgeber der Zeitschrift Die Rehabilitation.
Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Solmsstr. 18, 60486 Frankfurt am Main
Redaktion: Günter Thielgen (verantwortlich), Bernd Giraud, Elke Cosanne, Sebastian Bönisch, Mathias Sutorius;

Rechtsbeiträge: Dr. Thomas Stähler, Marcus Schian
Telefon: 069/605018-0
E-Mail: info@bar-frankfurt.de
Internet: http://www.bar-frankfurt.de
Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung,

der gesetzlichen Krankenversicherung, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.