

Barrierefreiheit in der Bedarfsermittlung und -feststellung aus sozialmedizinischer Sicht

Matthias Schmidt-Ohlemann
Landesarzt für Körperbehinderte
Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V.

Impuls WS 3 “Barrierefreiheit in der Bedarfsermittlung und -feststellung“
Interdisziplinäre Fachtagung „Individuelle Bedarfsermittlung – selbstbestimmt zur
Teilhabe am Arbeitsleben

Bedeutung und Verfahren der Bedarfsermittlung: Leistungen zur Teilhabe

- Die Bedarfsermittlung und -feststellung geht der Entscheidung über eine beantragte Leistung zur Teilhabe voraus (vgl. § 14 Abs. 2 SGB IX).
- Näheres zum Verfahren regelt § 13 SGB IX für alle Reha-Träger abweichungsfest.
- Die Leistungsberechtigten müssen sich dazu schriftlich, telefonisch und/oder persönlich mit den Rehabilitationsträgern sowie regelmäßig mit Ärztinnen und Ärzten oder mit sozialmedizinischen Gutachtern und Gutachterinnen austauschen.
- Sozialmedizinische Beurteilungen werden v. a. deshalb benötigt, da Behinderungen als Beeinträchtigungen der Teilhabe nur dann als solche anerkannt werden, wenn sie auf einer Gesundheitsstörung bzw. einem Gesundheitsproblem beruhen (also z. B. nicht auf mangelnden Deutschkenntnissen)
- Damit Bedarfsermittlung und -feststellung sowie Teilhabeplanung gelingen kann, fordern verschiedene Gesetze **barrierefreie Verwaltungsverfahren und Begutachtungen**. Dies gilt also auch für die medizinischen und sozialmedizinischen Anteile der Bedarfsermittlung.
- Barrieren können zu Benachteiligungen und Belastungen von Bürgern, Verzögerungen, Verhinderung von Leistungen und nicht sachgerechten Entscheidungen führen.

§ 13 SGB IX Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

„(1) Zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs verwenden die Rehabilitationsträger **systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen**. Die Instrumente sollen den von den Rehabilitationsträgern vereinbarten Grundsätzen für Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 26 Absatz 2 Nummer 7 entsprechen. Die Rehabilitationsträger können die Entwicklung von Instrumenten durch ihre Verbände und Vereinigungen wahrnehmen lassen oder Dritte mit der Entwicklung beauftragen.

(2) Die Instrumente nach Absatz 1 Satz 1 gewährleisten eine individuelle und **funktionsbezogene** Bedarfsermittlung und sichern die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung, indem sie **insbesondere erfassen,**

1. **ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht, (*Schädigungen und Beeinträchtigungen der Strukturen, Funktionen, Aktivitäten*)**
2. **welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat, (*Wechselwirkungen Schädigungen u. Beeinträchtigungen – Kontextfaktoren – Teilhabe*)**
3. **welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und**
4. **welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.“**

➔ **Immer individuell zu ermitteln**

➔ **Je nach Träger und Art der Leistung unterschiedliche Erhebungsinstrumente (Formulare) und Vorgehensweisen**

➔ **Zur Klärung kann ein Gutachten erforderlich sein**

➔ **Gilt grundsätzlich auch für die Krankenkassen, jedoch z.B. nicht für den sonderpädagogischen Förderbedarf, der durch die Schule zu decken ist.**

➔ **Bedeutet die Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells (ICF)**

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, können 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
- 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

- 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.

Barrieren im Prozess der Bedarfsermittlung

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

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 Barrierefreiheit 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 barrierefreier Zugang, (Gebäude etc. zahlreiche Arztpraxen!!)
 - Unzureichende Kenntnisse/Erfahrungen des Arztes
 - Kommunikation: Schwer verständliche Sprache, Lautstärke, Deutsch, fachspezifische Sprache
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.

Verfahrensweisen bei der Bedarfsermittlung: Medizinische Rehabilitation

Die **Krankenkasse** als Reha-Träger ist für die BE verantwortlich.

- Sie hat diese jedoch weitestgehend an den Vertragsarzt, Arzt des Krankenhauses bzw. Sozialdienst delegiert (Reha-Richtlinie des G-BA);
- 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. Anschluss-Reha, geriatrische 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. Pflege-GA)**
- **Spezielle Barrieren (subj.): Ängste, danach zu fragen, Ängste um Arbeitsplatz, finanzielle Sorgen, Patient kann nicht/kaum beeinflussen, was der Arzt schreibt. Ängste bzgl. Durchführung der Reha-Maßnahme und Verlassen vertrauter Umgebung**
- **Allg. Barriere auch: Fehlen bzw. Unerreichbarkeit eines passenden Angebotes.**

Die **Rentenversicherung** ist als Reha-Träger für die BE verantwortlich

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

Verfahrensweisen bei der Bedarfsermittlung: Arbeitsleben

Die Rentenversicherung oder die Bundesagentur sind als Reha-Träger 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:
- Beim Antragsverfahren: Umfangreiche Selbstauskunft (RV),
- **Fachberatung/Reha-Berater führt die Bedarfsermittlung durch, ggf. mit Integrationsamt usw.**
- **Bei Hilfsmitteln/techn. Arbeitshilfen wirken technische Berater, ggf. auch das Integrationsamt mit**
- **Fachdienste (Arbeitsmedizin, Psychologie) der BA bzw. sozialmed. Dienste der RV werden beteiligt.**
- **Gutachten nach Erprobung und relativ selten durch Fremdgutachter (besondere 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.

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, berufliche Perspektiven schwer zu überblicken, Fehlen einer Koordination/Fallmanagement
- Arztpraxis, Zeitmangel, Ängste, nach Möglichkeiten 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. Pflege-GA),
- Fehlende konkrete Kenntnisse des Arbeitsplatzes und fehlende Kooperation mehrerer Experten, 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 Reha-Träger für die BE verantwortlich. Besonderheit: Umfangreiche und detaillierte Regelungen durch das BTHG im SGB IX.

- Durchführung durch Fachkräfte des Reha-Trägers unter Nutzung länderspezifischer, oft sehr umfangreicher Bedarfserhebungsinstrumente.
 - Vorwiegend für Neu-Fälle
 - Bestandsfälle erfolgen weitgehend durch Leistungserbringer mit Überprüfung durch Leistungsträger
- Beziehung 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 Gesamtplankonferenz,
6. Abstimmung der Leistungen nach Inhalt, Umfang und Dauer in einer Gesamtplankonferenz unter Beteiligung betroffener Leistungsträger.

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

§ 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. 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

