

**Corona-Konsultationsprozess der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation
„Teilhabe und Inklusion in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie – Auswirkungen und
Herausforderungen“**

Abschlussbericht

**Sicherung der Teilhabe während und nach der Pandemie:
Problemlagen, Herausforderungen, Handlungsoptionen**

Redaktionsgruppe des Konsultationsprozesses:
Dr. Mara Boehle, Dr. Rolf Buschmann-Steinhage, Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann,
Prof. Dr. Michael Seidel, Dr. Martin Warnach

Endfassung

Der Abschlussbericht zum Konsultationsprozess der DVfR basiert
auf den dazu gehörenden fünf themenfeldspezifischen Teilberichten

Über die DVfR

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) ist in Deutschland die einzige Vereinigung, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Reha-Einrichtungen und -Dienste, Reha-Expertinnen und Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR und ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs zur Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung. Grundsätzlich befasst sich die DVfR dabei mit allen Bereichen der Rehabilitation, also der medizinischen, schulischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation, sowie auch Fragen der gezielten Prävention im Sinne ihres Leitbildes und ihrer Satzung.

Die Durchführung der Online-Erhebung erfolgte über das Zentrum für Sozialforschung Halle e. V. an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Wir bedanken uns für die sehr gute Zusammenarbeit.

Die Inhalte dieses Berichts einschließlich der formulierten Handlungsoptionen entstammen dem Konsultationsprozess der DVfR, in den zahlreiche Materialien, Stellungnahmen, Diskussionsergebnisse der Expertengruppen sowie der Steuerungs- und Redaktionsgruppe und die Antworten aus der Online-Befragung eingegangen sind. Die Zusammenstellung und Auswertung wurde durch die Redaktionsgruppe vorgenommen. Insofern handelt es sich hierbei nicht um ein vom Vorstand oder anderen Gremien beschlossenes Positionspapier der DVfR. Der Hauptvorstand der DVfR hat den erfolgreichen Abschluss des Konsultationsprozesses mit seinen wichtigen Ergebnissen begrüßt und allen Akteuren der Rehabilitation und Teilhabe empfohlen, die Umsetzung der Handlungsoptionen in ihren Bereichen zu prüfen.

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)

Maaßstraße 26, 69123 Heidelberg

Tel.: 06221 / 18 79 01-0

E-Mail: info@dvfr.de

www.dvfr.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
1 Einleitung	3
2 Adressatengruppen der Online-Befragung	5
3 Erstellung der Berichte, Methodisches, Limitierungen	6
4 Ergebnisse: Teilhabe in der Corona-Pandemie: Problemlagen, Herausforderungen, Handlungsoptionen	8
4.1 Zwischenmenschliche Beziehungen	13
4.2 Schutzmaßnahmen für Risikogruppen im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und staatlicher Pflicht zum Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit.....	15
4.3 Selbstbestimmung und Informiertheit unter den Bedingungen der Pandemie	17
4.4 Digitalisierung	18
4.5 Sicherung der Dienste und Einrichtungen	21
4.6 Beratung und Unterstützung	22
4.7 Angehörige, die Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen betreuen.....	22
4.8 Vereinbarkeit von Beruf und Betreuung durch Angehörige.....	25
4.9 Beförderung zu gesundheitsbezogenen und Teilhabeleistungen	27
4.10 Menschen mit Seh- oder Hörbeeinträchtigungen	28
4.11 Anpassung und Weiterentwicklung der Konzepte der Dienste und Einrichtungen	29
4.12 Gesundheitsversorgung	41
4.13 Teilhabe am Arbeitsleben	45
4.14 Homeoffice.....	46
4.15 Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Arbeitsschutz	47
4.16 Assistenz und individuelle Teilhabeleistungen	48
5 Systemaspekte der Teilhabesicherung in der Pandemie	50
5.1 Teilhabegefährdung bei vulnerablen Personengruppen in der Pandemie und politisches Handeln	50
5.2 Handlungsspielräume unter staatlichen Regelungen und Vorschriften im Hinblick auf Pandemiebekämpfung und Teilhabesicherung.....	51
5.3 Problemlagen, Herausforderungen und Handlungsoptionen zur Bewältigung der Pandemiefolgen.....	53
5.4 Methodische Aspekte zur Erfassung von Problemlagen.....	54
5.5 Beispiele für Problemlagen, die sektorenübergreifende Bewältigungsstrategien erfordern.....	55
6 Schlussbemerkungen	56
7 Danksagung	60

Anhang	63
Adressatengruppe 1 „Betroffene“	63
Adressatengruppe 2 „Angehörige“	65
Adressatengruppe 3 „Leistungserbringer“	66
Adressatengruppe 4 „Dachverbände“	67
Adressatengruppe 5 „Leistungsträger“	67
Adressatengruppe 6 „Zivilgesellschaft“	68
Anlagen	68

Vorwort

Im Frühjahr 2020 wurde deutlich, dass die Corona-Pandemie eine umfassende Krise darstellt, mit gravierenden und nicht nur kurzfristigen Auswirkungen auf die Gesellschaft. Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit waren einerseits besonders gefährdet, andererseits auch durch die Schutzmaßnahmen in erheblichem Ausmaß in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe beeinträchtigt. Deshalb suchte die DVfR nach einer Form, die Folgen der Corona-Pandemie für diese Personengruppe zu erfassen und Handlungsoptionen für die Sicherung der Teilhabe in allen relevanten Lebensbereichen während (und auch nach) der Pandemie zu entwickeln. So entstand ein breiter Konsultationsprozess, der vom Hauptvorstand der DVfR, zahlreichen Mitgliedern und insbesondere auch vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) ausdrücklich begrüßt wurde.

Zentrales Anliegen des Konsultationsprozesses war es, gerade den unmittelbar Beteiligten, den betroffenen Personen, ihren Angehörigen, Mitarbeitenden von Diensten und Einrichtungen, den Leistungsträgern und den Vertretern der Zivilgesellschaft die Möglichkeit zu geben, ihre Erfahrungen zu schildern und Hinweise auf Handlungsmöglichkeiten zu geben. Dies erschien auch deshalb besonders dringlich, weil die politische und öffentliche Diskussion sich auf die Infektionsbekämpfung konzentrierte und Fragen der Teilhabesicherung, insbesondere für Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit, nur am Rande betrachtete. In der Konsultation sollten sich die betroffenen Personen als Fachkundige in eigener Sache einbringen können. Das haben mehr als 3.600 Menschen mit Beeinträchtigungen und mehr als 1.100 Angehörige getan, nicht zuletzt in Form von Tausenden freien Antworten bei den offenen Fragen in der Online-Befragung.

Durch die Auswertung der Online-Befragung und zahlreicher eingereicherter Materialien sowie die Diskussionen in Expertengruppen konnten Probleme und Defizite bei der Pandemiebewältigung beschrieben, positive Erfahrungen ausgewertet und Handlungsoptionen entwickelt werden, deren Umsetzung nun den verschiedenen Akteuren obliegt.

Dieser Konsultationsprozess liefert wichtiges Material für einen dringend notwendigen und auch durch die UN-BRK (hier v. a. Art 11) gebotenen gesamtgesellschaftlichen und sektorenübergreifenden Diskurs zu zwei Themenkomplexen: Wie will Deutschland die langfristigen Folgen der Pandemie für die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen bewältigen? Was ist zu tun, um die Gesellschaft und insbesondere ihr Rehabilitations-, Gesundheits- und Bildungssystem sowie die Arbeitswelt im Hinblick auf die nachhaltige Sicherung der Teilhabe für die Zukunft pandemiefest zu machen?

Dieser Diskurs ist auf verschiedenen Ebenen durch alle Akteure in ihren jeweiligen Verantwortungsbereichen zu führen. Ein einfaches „weiter so“ darf es nicht geben. Alle Akteure sind gefordert, sich Zeit zu nehmen, über die Zukunft der Teilhabesicherung in Pandemiezeiten (und darüber hinaus) nachzudenken und daraus Schlussfolgerungen zu ziehen. Dazu können die Ergebnisse des Konsultationsprozesses beitragen. Allerdings müssen diese Diskurse gezielt organisiert und sektorenübergreifend gestaltet werden. Die Ergebnisse sind dann als Vorkehrungen im Sinne der UN-BRK für eine neue Pandemie zeitnah und nachhaltig umzusetzen, um die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen auch in krisenhaften Pandemiezeiten nachhaltig zu sichern. Zugleich sollte diskutiert werden, welche Konsequenzen aus den Erfahrungen während der Pandemie auch für pandemiefreie Zeiten gezogen werden können. Davon dürften auch Menschen ohne Beeinträchtigungen profitieren.

Die entwickelten Handlungsoptionen dieses Berichts geben nicht einen Konsens aller in der DVfR vertretenen Akteure wieder. Gleichwohl hat der Hauptvorstand der DVfR den erfolgreichen Abschluss des Konsultationsprozesses begrüßt. Er sieht in den erarbeiteten Handlungsoptionen und den Hinweisen auf Systemfragen eine gute Grundlage für die kommenden Diskussionen und für die noch zu erarbeitenden Antworten auf die Herausforderungen durch die Pandemie. Der Bericht fordert die Akteure der Rehabilitation auf, sich mit den Ergebnissen auseinander zu setzen, um auf dieser Basis die notwendigen Initiativen für die Sicherung der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen auch unter Pandemiebedingungen zu ergreifen.

Ich danke allen, die sich am Konsultationsprozess beteiligt haben, sei es durch Übersendung von Materialien, durch die Beteiligung an der Online-Befragung, durch die Beteiligung in den Expertengruppen oder in der Steuerungsgruppe. Ein ganz herzlicher Dank gilt den Kolleginnen und Kollegen aus der Redaktionsgruppe, die die Hauptarbeit der Auswertung und Zusammenstellung übernommen haben, der Geschäftsstelle der DVfR sowie dem Zentrum für Sozialforschung Halle (ZSH), dass die Online-Befragung und deren Auswertung ermöglicht hat. Besonderer Dank gebührt dem BMAS und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die in jeder Hinsicht konstruktive und bereichernde Begleitung und die finanzielle Unterstützung für die Online-Befragung im Rahmen der institutionellen Förderung.

Ich wünsche eine anregende Lektüre und erhoffe mir eine breite Beteiligung an den Zukunftsdiskursen, die wir auch in der DVfR führen werden und zu denen ich Sie herzlich einlade.

Heidelberg, im Juni 2021

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann
Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation

1 Einleitung

Die Corona-Pandemie hält Deutschland wie die ganze Welt seit mehr als einem Jahr in Atem. Im Mittelpunkt der öffentlichen Debatten stehen vor allem die Erkrankungen an Covid-19, die Todesfälle an und in Zusammenhang mit Covid-19, die Langzeitfolgen einer Covid-19-Erkrankung und die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Covid-19 zulasten anderer Aufgaben der allgemeinen Gesundheitsversorgung.

Auch die Schutzmaßnahmen außerhalb des Gesundheitssystems, die Unterbrechung internationaler und nationaler Wirtschaftsverbindungen, die Einbuße an nationaler Wirtschaftsleistung, die Lockdown-Regelungen sowie die Schließung von Schulen, Kindertagesstätten usw. werden unter großer Aufmerksamkeit medial erörtert und polarisieren zunehmend das gesellschaftliche Leben. Im Kontext der Corona-Pandemie und ihren vielgestaltigen Folgen treten schon lange bestehende Entwicklungen, Probleme, Widersprüche und Konflikte offen zutage. Als Beispiele seien der Rückstand der Digitalisierung oder die unzulänglichen staatlichen Vorkehrungen gegenüber einer solchen Pandemie genannt.

Gegenüber allen diesen Entwicklungen bleiben die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, mit chronischen Erkrankungen und/oder Pflegebedarf weitgehend am Rande der öffentlichen Debatten. Nahezu unbeachtet bleiben Leistungsausfälle der sozialen Hilfesysteme für vulnerable Gruppen. Kaum oder gar nicht diskutiert werden die mittel- und langfristigen Folgen für die Rehabilitation, für die Gesundheitsversorgung und für Bildung und Erziehung von Menschen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen und Pflegebedarf und deren Familien. Auch die erheblichen Anforderungen, vor die die Leistungserbringer und Leistungsträger der Rehabilitation und Teilhabeförderung durch die Pandemie und die darauf bezogenen Schutzmaßnahmen kurz-, mittel- und langfristig gestellt sind, werden kaum diskutiert.

Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) in enger Abstimmung mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) einen Konsultationsprozess durchgeführt, um die Folgen der Pandemie abzuschätzen und Bewältigungsstrategien im System der Reha aber auch in den Bereichen Gesundheitsversorgung und Pflege, Arbeitsleben, Bildung und Erziehung und im allgemeinen gesellschaftlichen Leben der Zivilgesellschaft auch im Hinblick auf kommende Pandemien entwickeln zu können.

Im Fokus standen dabei folgende Fragen:

- Wie können die zu erwartenden Folgen mittel- und langfristig bewältigt werden? Welche Ressourcen sind dafür erforderlich?
- Welche fachlichen (insbesondere medizinischen) und wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse werden benötigt, um Handlungsspielräume rechtssicher und unter Beachtung epidemiologischer Erkenntnisse und hygienischer Vorschriften einschließlich des Arbeitsschutzes definieren und nutzen zu können?
- Was ist für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung und für ihre Weiterentwicklung erforderlich? Wie müssen die Angebote angepasst und verändert werden?
- Wie kann das gesellschaftliche Leben und hier vor allem das von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen unter Sicherung bzw. Verbesserung der Teilhabe gestaltet werden? Was benötigen Bürgerinnen und Bürger und (potenzielle) Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nicht nur im Leistungsbereich des SGB IX, sondern darüber hinaus im Hinblick auf gesamtgesellschaftliche Veränderungen (Existenzsicherung auch in Krisenzeiten, Barrierefreiheit, Digitalisierung)?

- Wie kann Teilhabe an Bildung und Erziehung sichergestellt werden?

Ziel des breit angelegten Konsultationsprozesses war es, politische und praktische Strategien im Hinblick auf die Sicherung der Teilhabe aller Personen mit Beeinträchtigungen zu benennen, die geeignet sind, im gesellschaftlichen und politischen Raum akzeptiert und umgesetzt zu werden.

In einem ersten Schritt wurden Akteure im Feld von Rehabilitation und Teilhabe gebeten, ihre Sicht auf die bestehenden Herausforderungen in den Konsultationsprozess einzubringen. Diese Beiträge wurden von der DVfR aufgearbeitet und zusammengefasst. Darauf aufbauend erfolgte als zweiter Schritt eine gezielte, strukturierte Online-Befragung zu einzelnen Bereichen der Teilhabesicherungssysteme bzw. der Rehabilitation (November und Dezember 2020). Auch diese Ergebnisse wurden unter Beteiligung mehrerer Expertengruppen ergänzt, strukturiert zusammengefasst und verdichtet.

Ziel der Online-Befragung war es, die erlebten und beobachteten Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Menschen mit Behinderungen aus verschiedenen Perspektiven zu untersuchen: Im Zentrum steht das Erleben von Menschen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen oder Pflegebedarf selbst. Daneben kommen aber auch deren Angehörige, Leistungserbringer und -träger sowie Vertreter der Zivilgesellschaft zu Wort. Die Adressaten wurden über die Mitglieder der DVfR und über viele Kooperationspartner auf die Befragung aufmerksam gemacht.

Die Online-Befragung fand im November und Dezember 2020 statt; sie wurde mit Unterstützung des Zentrums für Sozialforschung Halle (ZSH) durchgeführt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Befragung v. a. auf die ersten Monate der Pandemie bezieht und deren weitere Entwicklung nicht umfassend berücksichtigt werden konnte.

Die Online-Fragebögen waren auf eine anonyme Teilnahme hin ausgelegt. Sie enthielten für die verschiedenen Adressatengruppen unterschiedliche Fragen. Es gab geschlossene Fragen (mit vorgegebenen Antwortoptionen) und offene Fragen (mit der Möglichkeit eigene Antworten zu formulieren). Die Fragen wurden mit einer differenzierten Filterführung dargeboten, so dass die Befragten nur die jeweils für sie passenden Fragen vorgelegt bekamen.

Die aufbereiteten Ergebnisse der beiden vorgenannten Schritte dienten als Grundlage für fünf themenfeldbezogene Teilberichte und den vorliegenden zusammenfassenden Abschlussbericht. Die themenfeldbezogenen Teilberichte sind diesem Gesamtbericht als Anlagen beigelegt.

Die Teilberichte beziehen sich auf fünf Themenfelder:

- Medizinische Versorgung einschließlich medizinischer Rehabilitation
- Arbeitsleben einschließlich beruflicher Rehabilitation
- Bildung und Erziehung
- Soziale Teilhabe – spezielle Aspekte
- Gesellschaftliche Querschnittsthemen.

In allen fünf themenfeldbezogenen Berichten werden aus den ausgewerteten und kommentierten Daten der Online-Befragung ausgewählte Handlungsoptionen abgeleitet, die sich an Leistungserbringer, deren Dachverbände, Leistungsträger und verschiedene staatliche und zivilgesellschaftliche Akteure wenden. Die Handlungsoptionen beschreiben mögliche, sinnvolle und notwendige Maßnahmen und Aktivitäten unabhängig davon, ob und inwieweit deren Umsetzung ggf. schon begonnen hat. In der Form der Formulierung wird die Dringlichkeit aus Sicht der Autoren zum Ausdruck gebracht.

Die Erarbeitung des hier vorgelegten Abschlussberichts stellt den dritten Schritt des Konsultationsprozesses dar. Er enthält eine Zusammenfassung und Verdichtung wesentlicher Erkenntnisse aus den fünf Teilberichten, orientiert sich aber an Problemlagen und Handlungsfeldern aus einer themenfeldübergreifenden Perspektive. Dabei werden auch einige eher allgemeine und systembezogene Diskussionsergebnisse vorgestellt.

2 Adressatengruppen der Online-Befragung

In diesem Abschnitt werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den sechs zur Teilnahme eingeladenen Adressatengruppen kurz beschrieben. Für Einzelheiten wird auf den Anhang verwiesen. Die nachstehende Tabelle 1 zeigt die Anzahl der aus jeder Adressatengruppe auswertbar beantworteten Fragebögen.

Tabelle 1: Anzahl auswertbarer Fragebögen nach Adressatengruppe

Auswertbare Fragebögen	Anzahl
Menschen mit Behinderungen, chron. Erkrankungen und/oder Pflegebedürftigkeit	3.684
Angehörige	1.124
Dienste und Einrichtungen (Leistungserbringer)	1.325
Dach-/Spitzenverbände der Dienste und Einrichtungen	39
Leistungsträger	244
Zivilgesellschaft	177
Gesamt	6.593

Die Befragten wurden über die Mitglieder der DVfR und ihre Kooperationspartner um Mitwirkung an der Online-Befragung gebeten. Es handelt sich also nicht um eine Zufallsauswahl. Unter anderem deshalb können die Ergebnisse keine Repräsentativität für die jeweilige Adressatengruppe beanspruchen.

Die erste Adressatengruppe sind Menschen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen und/oder Pflegebedürftigkeit, im Folgenden im Interesse der Lesbarkeit manchmal kurz als „Betroffene“ bezeichnet. Es liegen auswertbare Fragebögen zu 3.684 Personen vor, zu etwa einem Drittel von Männern und zu etwa zwei Dritteln von Frauen. Die Befragten sind im Durchschnitt etwa 45 Jahre alt. Nur 96 Fragebögen wurden von Erwachsenen stellvertretend für ein Kind oder einen Jugendlichen ausgefüllt. Mehr als 90 Prozent der Befragten beschrieben sich als chronisch krank, etwas weniger als 90 Prozent waren anerkannt schwerbehindert und rund 20 Prozent waren pflegebedürftig. Von den erwachsenen Befragten sind die Hälfte in Voll- oder Teilzeit erwerbstätig. Mehr als 90 Prozent der Befragten wohnt in einer Privatwohnung oder in einem Privathaus, nur 163 in besonderen Wohnformen und nur 12 in einem Pflegeheim.

Die Adressatengruppe der Betroffenen ist durch unterschiedliche Beeinträchtigungen und Lebenslagen gekennzeichnet. Daraus resultieren verschiedene und individuelle Bedarfe.

Als zweite Adressatengruppen wurden Angehörige und Bezugspersonen, die Menschen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene) mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen und/oder Pflegebedarf betreuen, befragt – darunter auch Angehörige von Betroffenen, die in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen oder einem Pflegeheim leben. Es liegen 1.124 auswertbare Fragebögen vor. Jeweils etwa die Hälfte der betreuten Menschen ist männlich bzw. weiblich. Mehr als 90 Prozent von ihnen haben eine anerkannte Schwerbehinderung, mehr als drei

Viertel einen hohen Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 70. Anerkannt pflegebedürftig sind 84 Prozent, mehr als drei Viertel der betreuten Personen haben mindestens den Pflegegrad 3. Bei mehr als der Hälfte der befragten Angehörigen leben die betreuten Menschen mit der/dem befragten Angehörigen im selben Haushalt, nur 7 Prozent leben in einem Pflegeheim.

Die Angehörigen, welche die Fragebögen beantworteten, sind zu etwas mehr als drei Viertel Frauen. Jede(r) achte(r) Angehörige(r) hat selbst eine anerkannte Schwerbehinderung. Anerkannt pflegebedürftig sind nur 5 der Angehörigen. Von den Angehörigen arbeiten rund zwei Drittel in Voll- oder Teilzeit, ein Viertel ist nicht erwerbstätig.

Als dritte Adressatengruppe waren Mitarbeitende von Diensten und Einrichtungen, welche die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten und/oder Pflegebedürftigkeit durch entsprechende Leistungen fördern, sowie betriebliche Akteure gebeten, den entsprechenden Fragebogen zu beantworten.

Es liegen 1.325 auswertbare Fragebögen vor. Die Antwortenden aus den Diensten und Einrichtungen verteilten sich überwiegend auf die Bereiche Gesundheitsversorgung, Teilhabe am Arbeitsleben, Bildung und Erziehung sowie Soziales Leben. Hinzu kamen 146 betriebliche Akteure aus Betrieben, Unternehmen, Verwaltungen usw., die von ihren Produkten, Aufgaben und Dienstleistungen her nicht zum Bereich Rehabilitation und Teilhabeförderung gehören.

Als vierte Adressatengruppe wurden Mitarbeitende der Dachverbände von Diensten und Einrichtungen, welche die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten und/oder Pflegebedürftigkeit fördern, gebeten, den entsprechenden Fragebogen zu beantworten. Es liegen auswertbare Fragebögen von 39 Dachverbänden von Diensten und Einrichtungen vor.

Als fünfte Adressatengruppe wurden Reha-Träger im Sinne des SGB IX, Träger von allgemeinen Bildungs- und Erziehungseinrichtungen, Integrationsämter, Jobcenter und sowie Pflegekassen um Mitwirkung gebeten. Es liegen insgesamt 244 auswertbare Fragebögen vor. Unter den 187 antwortenden Reha-Trägern waren Träger der Eingliederungshilfe mit gut 60 Prozent am stärksten vertreten. Außerdem antworteten 13 Integrationsämter und 22 Jobcenter.

Als sechste Adressatengruppe wurden zivilgesellschaftliche Organisationen (z. B. Sozialverbände und Verbände der Selbsthilfe, Betroffener und deren Angehöriger) sowie Einzelpersonen mit einschlägiger Expertise (Expertinnen und Experten) gebeten, den entsprechenden Fragebogen auszufüllen. Von den insgesamt 177 auswertbaren Fragebögen kamen etwas mehr als 40 Prozent von Betroffenen-/Selbsthilfeorganisationen.

Insoweit Institutionen und Organisationen befragt wurden, handelt es sich um die Antworten von Mitarbeitenden, die ihre Antworten aus ihrer Perspektive gegeben haben. In der Regel beruhen diese also nicht unbedingt auf innerhalb der Organisation abgestimmten und konsentierten Positionierungen.

3 Erstellung der Berichte, Methodisches, Limitierungen

Der Konsultationsprozess wurde von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation durchgeführt. Dazu war eine Redaktionsgruppe eingerichtet worden, der die Prozesssteuerung oblag. Sie wurde von einer Steuerungsgruppe begleitet, der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS), die Moderatoren der Expertengruppen, die Mitglieder der Redaktionsgruppe und die Geschäftsführerin der DVfR angehörten.

Unterstützt wurde der Konsultationsprozess von fünf Expertengruppen zu den fünf genannten Themenfeldern. Sie gaben wichtige Anregungen zu Inhalten und Durchführung der Online-Befragung und diskutierten die Berichtsentwürfe vor allem im Hinblick auf Schlussfolgerungen und Handlungsoptionen.

Die Redaktionsgruppe erarbeitete die Teilberichte und den Abschlussbericht; sie trägt die Verantwortung für den Inhalt dieser Berichte. Die Berichte stellen insoweit keine Position der DVfR dar, die vom Vorstand oder anderen Gremien konsentiert oder beschlossen ist.

Das Zentrum für Sozialforschung Halle e. V. (ZSH) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg unterstützte die Entwicklung der Online-Befragung. Es erstellte insbesondere die Online-Versionen der sechs Fragebögen, führte die Online-Befragung durch und wertete sie quantitativ aus. Das BMAS stellte die dafür notwendigen Finanzmittel zur Verfügung. Drei studentische Hilfskräfte und die Geschäftsstelle der DVfR unterstützten den Konsultationsprozess ebenfalls wesentlich.

Für den Konsultationsprozess zentral und vorrangig war zunächst die Perspektive der Menschen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen und/oder Pflegebedarf. Denn es ging um deren Teilhabe unter den Bedingungen der Corona-Pandemie und ihrer Bekämpfung. Wichtig waren aber auch die Antworten von Mitarbeitenden von Diensten und Einrichtungen der Teilhabeförderung und von deren Verbänden, einschließlich Schulen und betrieblichen Akteuren, von Leistungsträgern und verschiedenen Akteuren der Zivilgesellschaft, um möglichst breitgefächerte Informationen und Positionen zu erfassen.

Der erhebliche Anteil der Menschen, die von Behinderungen, chronischer Krankheiten oder Pflegebedarf betroffen sind, unter denen, die sich aktiv an der Befragung beteiligt haben, hat erfreulicherweise deren subjektive Perspektive maßgeblich zur Geltung gebracht. Das ist keineswegs eine Mangel. Im Gegenteil, gerade die Geltendmachung der Betroffenenperspektive entspricht in Anknüpfung an die UN-Behindertenrechtskonvention einer zeitgemäßen menschenrechtspolitischen Sicht auf die Rechte, Ansprüche, Bedarfe und Bedürfnisse der Betroffenen. Wie erwähnt stellen die an der Online-Befragung tatsächlich Beteiligten keine Zufallsauswahl dar. Damit sind der Generalisierung ihrer Aussagen auf alle Menschen mit Behinderungen, auf alle Leistungserbringer usw. Grenzen gesetzt. Es ist davon auszugehen, dass sich Personen gerade dann an der Befragung beteiligt haben, wenn sie auf von ihnen wahrgenommene und erlebte Probleme hinweisen wollten. Dies entspricht der Intention der Befragung. Zu bedenken ist ferner, dass die Aussagen der Beteiligten nicht frei von eigenen oder Organisationsinteressen sein müssen. Andererseits dürften Menschen, die kein Internet haben oder mit dessen Nutzung nicht vertraut sind, sich kaum an der Befragung beteiligt haben. Dieser Bias ist zu berücksichtigen. Zudem sind einige Bereiche der Versorgung nur gering vertreten (z. B. Heimbewohnerinnen und Heimbewohner), vgl. dazu die Beschreibung der Antwortkollektive. Auch die Lebenslage und der Sozialstatus konnten nur unzureichend erfasst werden.

Der Konsultationsprozess sollte und konnte kein wissenschaftliches Forschungsprojekt sein. Er verfolgte nicht das Ziel einer repräsentativen Bestandsaufnahme. Auch deshalb enthalten die Berichte keine Analyse der inzwischen rasch anwachsenden Fachliteratur zur Corona-Pandemie und deren Bekämpfung.

Der Konsultationsprozess zielte vielmehr auf die Sammlung möglichst vieler differenzierter Problembeschreibungen, Bewertungen und Lösungsvorschläge, die in den themenfeldbezogenen Berichten aufbereitet wurden. In die Berichte sind in erster Linie Stellungnahmen von dritter Seite aus der ersten Phase und die Ergebnisse der Online-Befragung eingegangen.

Unter Einbringung von zusätzlichem Experten- und Erfahrungswissen erlauben die Ergebnisse Schlussfolgerungen, aus denen Handlungsoptionen abgeleitet wurden. Die Handlungsoptionen, die den wesentlichen Inhalt dieses Abschlussberichts bilden, wurden von der Redaktionsgruppe im Austausch mit den Expertengruppen erarbeitet. Sie stellen nicht den Konsens aller in der DVfR vertretenen Akteure dar.

Trotz der umfangreichen Online-Befragung und der vielfältigen Stellungnahmen und Diskussionen wurden manche Aspekte vergleichsweise wenig beleuchtet. So wurde zu wenig in Erfahrung gebracht, wie Menschen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen oder Pflegebedürftigkeit sowie ihre An- und Zugehörigen für sich Lösungen gefunden und die Probleme und Herausforderungen konkret bewältigt haben, welche Barrieren ihnen dabei begegneten bzw. was sie wirklich unterstützt hat. Fragen der Priorisierung bei Corona-Impfungen und der Wegfall von Einschränkungen für geimpfte Personen standen zum Zeitpunkt der Konzipierung der Befragung noch nicht im Vordergrund und werden deshalb nicht ausführlich erörtert.

In Kapitel 6 wird auf Themen hingewiesen, die noch nicht bearbeitet wurden.

4 Ergebnisse: Teilhabe in der Corona-Pandemie: Problemlagen, Herausforderungen, Handlungsoptionen

Die folgende Darstellung der Ergebnisse des Konsultationsprozesses versucht, Problemlagen, Herausforderungen und Handlungsoptionen im Hinblick auf die Sicherung gesellschaftlicher Teilhabe von Menschen mit Behinderungen unter Pandemiebedingungen zusammenfassend zu beschreiben und in Handlungsoptionen zu überführen. Zu Details und Entwicklung der Handlungsoptionen wird auf die themenfeldbezogenen Teilberichte 1 - 5 (als Anlagen) verwiesen. Einige übergeordnete Handlungsoptionen haben sich erst aus der Gesamtschau ergeben, finden sich daher noch nicht in den Teilberichten und wurden deshalb erst in diesem Abschlussbericht auf der Basis von Erfahrungs- und Expertenwissen ergänzt.

Der Begriff „Handlungsoptionen“ meint hier die mehr oder minder konkret und detailliert formulierten Möglichkeiten, den aus verschiedenen Perspektiven beschriebenen Problemen zu begegnen. Die Adressaten der Handlungsoptionen sind politische Entscheidungsträger (Legislative, Exekutive) unterschiedlicher Ebenen, staatliche Behörden, zivilgesellschaftliche Akteure, Leistungsträger und deren Selbstverwaltung, Dienste und Einrichtungen der Rehabilitation, Teilhabeförderung und Bildung, Arbeitgeber, Medien, aber auch Betroffene, deren Angehörige und Selbstvertretungsorganisationen usw.

Die Handlungsoptionen ergaben sich oft unmittelbar aus der Befragung, mussten aber meistens unter Zuhilfenahme von Felderfahrung und Expertenwissen oder in Anknüpfung an bereits vorliegende Vorschläge herausgearbeitet werden. Zum Teil fließen durch die Beiträge der Expertinnen und Experten auch neuere Erkenntnisse in Handlungsoptionen ein. Sie stellen zudem einen Versuch einer Verallgemeinerung in dem Sinne dar, dass sie auch für die Bewältigung künftiger Pandemien nützlich sein sollen. Deren Prüfung und ggf. Umsetzung wird Aufgabe der Adressaten dieses Berichtes sein.

Es gibt vielfältige erfolgreiche Anstrengungen verschiedener Akteure, den Herausforderungen der Pandemie und ihren Folgen zu begegnen. Nicht immer sind sie hinreichend bekannt. Wenn unter den hier formulierten Handlungsoptionen Aspekte thematisiert werden, für die mittlerweile Gesetzgeber, Leistungsträger und/oder Leistungserbringer Lösungen gefunden und diese schon erfolgreich umgesetzt haben, sollen die erreichten Erfolge damit in keiner Weise negiert werden. Vielmehr ist dies der Dynamik der Pandemie und der Maßnahmen zu ihrer

Bewältigung geschuldet. Die Wahrnehmung von Problemlagen, von Lösungen und deren erfolgreicher Umsetzung unterscheidet sich naturgemäß häufig, z. B. zwischen den Leistungsträgern, den Diensten und Einrichtungen und den betroffenen Personen. Dies liegt u. a. an unterschiedlichen Informationsständen, aber auch an der Heterogenität der konkreten Umsetzungen. Nicht alle Akteure können gleichermaßen von vorhandenen oder angebotenen Lösungs- oder z. B. Unterstützungsoptionen profitieren, etwa auf Grund unterschiedlicher regionaler Gegebenheiten.

Abschließend soll noch ein weiterer Aspekt ausdrücklich benannt werden. Längst nicht alle Probleme, die als Folgen oder Auswirkungen der Corona-Pandemie wahrgenommen werden, sind speziell durch die Pandemie bzw. die daraufhin angeordneten oder ergriffenen Maßnahmen verursacht. Oft treten vielmehr unter den Bedingungen der Pandemie die Schwachstellen bisheriger Regelungen, Gegebenheiten usw. besonders deutlich zutage. Außerdem sind nicht nur Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten oder Pflegebedarf von den Auswirkungen der Pandemie betroffen. Deshalb zielen viele Handlungsoptionen nicht ausschließlich auf pandemiebezogene Probleme bzw. solche von Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten oder Pflegebedarf. Insofern können Bürgerinnen und Bürger auch allgemein von der Umsetzung der Handlungsoptionen profitieren.

Die Pandemie und ihre Auswirkungen für Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit in übergreifender Perspektive

Die Kritik am gesellschaftlichen Umgang mit der Corona-Pandemie aus Sicht der an der Befragung teilnehmenden Menschen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen und/oder Pflegebedarf, wie sie sich im Konsultationsprozess der DVfR widerspiegelt, lässt sich so zusammenfassen:

Im Vordergrund der öffentlichen Diskussion und des politischen Handelns stehen die Sorge um die Gesundheit und die dazu erforderlichen Maßnahmen des Gesundheitsschutzes, die Vermeidung von Infektionen mit dem SARS-Cov-2-Virus und die Bewältigung von Covid-19-Erkrankungen. Die Diskussion ist einerseits auf medizinisch notwendige Vorkehrungen, z. B. durch Hygiene- und Schutzmaßnahmen (wie Mund-Nasen-Schutz, AHA-Maßnahmen) und den Schutz spezifischer Risikogruppen (v. a. älterer Menschen und hier insbesondere Heimbewohnerinnen und Heimbewohner) einschließlich Impfungen, andererseits auf umfassende Kontaktbeschränkungen und Schließungen mit dem Ziel der Senkung der Infektionsrate fokussiert. Die Vermeidung von Kontakten war zunächst das einzige Mittel, um die Pandemie in den Griff zu bekommen. Andere Strategien, wie z. B. die Nachverfolgung der Infektionsketten durch die Gesundheitsbehörden oder die Corona-App, waren oft nicht erfolgreich, Teststrategien schwerfällig. Schnelltests standen erst im Herbst 2020, zunächst auch nur in begrenztem Umfang und begrenzter Aussagekraft, zur Verfügung.

Erst in zweiter Linie wurden Probleme diskutiert, die als Folgen der Maßnahmen gegen die Corona-Pandemie entstehen. Dabei lag der Fokus vor allem darauf, ob die Folgenabwägung nicht eine Lockerung der Verbote und Einschränkungen bewirken müsste bzw. ob die einschränkenden Maßnahmen verhältnismäßig und trotz ihrer Folgen vertretbar sind, während die Frage, welche konkreten Wege bestritten werden müssen, um für diese Menschen ein Höchstmaß an Teilhabe bei gleichzeitig optimalem Gesundheitsschutz zu gewährleisten, deutlich weniger umfassend behandelt wurde.

Dies gilt insbesondere für die Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit, deren Belange kaum explizit verhandelt wurden, von wenigen Problemstellungen abgesehen, z. B. Besuche von Heimbewohnern und Heimbewohnerinnen, von

Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen etc. Dies gilt für alle Lebensbereiche: Gesundheitsversorgung, Arbeitsleben, Bildung und Erziehung und das soziale gesellschaftliche Leben. Folgen für das System der Rehabilitation wurden in der öffentlichen Diskussion kaum thematisiert.

Die Folgen werden in übergreifender Perspektive u. a. darin gesehen, dass

- Menschen in existentiell bedrohlichen Lebenslagen keinen Kontakt zu ihren Angehörigen bzw. ihrem primären sozialen Netzwerk haben können,
- die privaten Kontakte und zwischenmenschlichen Beziehungen stark eingeschränkt werden und dies mit erheblichen psychosozialen Auswirkungen einhergeht,
- die Entfaltungsmöglichkeiten für den Einzelnen in seiner privaten Lebensgestaltung und freien Zeit beeinträchtigt werden,
- die Erziehungs- und Bildungsangebote eingeschränkt und dadurch Kinder und Jugendliche sowie junge Erwachsene in ihrer Entwicklung behindert werden,
- sich das Arbeitsleben erheblich verändert: Kurzarbeit, Homeoffice, Digitalisierung, verringerte persönliche Kontakte,
- die eigenen Einkünfte das Auskommen nicht mehr sichern und Menschen deshalb auf Transferleistungen angewiesen sind oder in finanzielle Notlagen geraten.

Diese Folgen können Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen bzw. Pflegebedarf in besonderem Maße betreffen, da ihnen auf Grund der Beeinträchtigungen ausreichende Kompensations- und Bewältigungsmöglichkeiten oft nicht zur Verfügung stehen. Bei der Diskussion dieser Themen sehen sich behinderte, chronisch kranke oder pflegebedürftige Menschen mit ihren Problemlagen oft nicht hinreichend berücksichtigt, vielfach sogar ausgegrenzt.

Weitgehend außer Acht bleiben nämlich die Folgen für die gesellschaftliche Teilhabe, die Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen deshalb besonders treffen, weil sie einerseits ohnehin in der Teilhabe eingeschränkt oder davon bedroht sind und andererseits auf besondere Dienste und Angebote zur Sicherung ihrer Teilhabe angewiesen sind, z. B. in Form von Leistungen nach dem SGB IX (medizinische Rehabilitation, berufliche Rehabilitation, Bildung, soziale Teilhabe) oder auf besondere Förderung im Bereich Bildung und Erziehung oder spezifischer Gesundheitsversorgung. Diese waren aber in der Pandemie eingeschränkt oder sind ganz weggefallen. Indem Einschränkungen von teilhabefördernden Leistungen weitgehend ohne Diskussion in Kauf genommen werden, sehen betroffene Menschen das Gebot des Disability Mainstreaming der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK, Art. 4) vernachlässigt, das Benachteiligungsverbot des deutschen Grundgesetzes und das Gleichstellungsgebot verletzt.

Der Konsultationsprozess zeigt dies an einer ganzen Reihe von Beispielen auf. Die Auswirkungen vieler allgemeiner Maßnahmen betreffen zwar alle Menschen, wirken sich aber bei Menschen mit Behinderungen stärker auf ihre Beeinträchtigung der Teilhabe aus. Zudem sind Menschen mit Behinderungen speziell betroffen, wenn für sie spezifische Teilhabeleistungen eingeschränkt werden. Zu berücksichtigen ist ferner, dass das Ausmaß der Pandemiefolgen, vom erhöhten Erkrankungsrisiko bis hin zu Bewältigungsstrategien, wesentlich durch die soziale Lage beeinflusst wird. Dies trifft Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen in prekären Lebenslagen oder in Armut besonders stark, und zwar besonders diejenigen, die zur Existenzsicherung auf Transfereinkommen angewiesen sind, die sich auf dem Niveau der Grundsicherung bewegen.

Die gesellschaftliche Diskussion beschäftigt sich – abgesehen von der Frage der Besuchseinschränkungen in Heimen – zu wenig mit der Frage, wie im Rahmen der pandemiebedingten Einschränkungen, Verbote und Gebote die Teilhabe für Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen umfassend sichergestellt werden kann. Einzelne Lösungsansätze werden von den Akteuren gesucht, z. B. Videosprechstunden, Distanzunterricht usw., ohne dass dadurch schon ausreichend und bedarfsgerecht eine Sicherung der Teilhabe für alle erreicht wird. Zugleich lassen restriktive Vorgaben, ungeklärte Finanzierung etc. den Einrichtungen und Diensten sowie den Betroffenen oft wenig eigenen Spielraum. Häufig wird die Sicherung der individuellen Teilhabe den betroffenen Bürgerinnen und Bürgern selbst und ihren Familien überlassen.

Bei der Beurteilung von Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung ist zu prüfen, ob und inwieweit damit eine Beeinträchtigung der Teilhabe und ihrer Förderung bei Menschen mit Behinderungen verbunden ist. Gleichzeitig sind Maßnahmen zu treffen, welche die (bisher erreichten) Teilhabemöglichkeiten so weit wie möglich sicherstellen und ihrer Gefährdung entgegenwirken. Das kann dazu beitragen, die Ziele der UN-BRK in Deutschland im Sinne der Inklusion auch in der Pandemie umzusetzen.

Dabei geht es um die Bewältigung insbesondere folgender Herausforderungen:

- Besonderes Augenmerk ist auf solche Auswirkungen zu richten, die
 - a) kurzfristig existenzgefährdend sind (z. B. Ausfall regelmäßig benötigter persönlicher Assistenz oder familiärer Unterstützung, Wegfall des Einkommens) und sofortige Notmaßnahmen erfordern,
 - b) kurz- oder längerfristig erhebliche Folgen für die Gesundheit und die Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF haben, z. B. durch erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung einschließlich medizinischer Rehabilitation,
 - c) zu einem Zusammenbruch des teilhabesichernden Alltagslebens führen, z. B. durch Wegfall der Tagesbetreuung durch Einrichtungen und Dienste (Schulen, Werkstätten, Assistenz, Schulbegleitung etc.),
 - d) die elementare Kommunikation und Begegnung und damit menschliche Beziehungen verhindern,
 - e) unmittelbar, aber auch langfristig Folgen für die Bildung und die Sozialisation verursachen,
 - f) unmittelbar, aber auch langfristig die Teilhabe am Arbeitsleben gefährden,
 - g) die wirtschaftliche Situation und Sicherung des Auskommens gefährden.
- Weiterhin sind individuelle, personbezogene Bedarfe, die individuell, gegebenenfalls im Einzelkontakt gedeckt werden müssen und in der Pandemie neu oder verstärkt auftreten, systematisch zu berücksichtigen und konzeptionell im Verhältnis zu gemeinschaftlichen bzw. gruppenbezogenen Angeboten, insbesondere in Präsenzform zu bestimmen (z. B. Unterricht in der Klasse vs. Einzelunterricht im häuslichen Setting oder Assistenz bei digitalen gemeinschaftlichen Lernformen). Dabei sollte das Paradigma der Personenzentrierung (SGB IX) auch bei der Bewältigung der Pandemiefolgen handlungsleitend sein.
- Dies impliziert die konzeptionelle Verzahnung von Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX mit der allgemeinen Gesundheitsversorgung, der Pflege, dem Arbeitsleben, dem Bildungssystem (einschl. Kita) und der Sicherung des sozialen Lebens (Grundsicherung, Daseinsfürsorge u. a.).

- Diese Herausforderungen sind nicht allein durch kleinteilige Einzelmaßnahmen zu bewältigen: Dazu bedarf es grundsätzlicher, strategisch ausgerichteter, systematischer und z. T. auch sektorenübergreifender Konzepte, die v. a. von den Leistungserbringern mit den Betroffenen und Angehörigen in Kooperation mit den Leistungsträgern und staatlichen Stellen zu entwickeln sind und realistische Umsetzungsschritte einschließlich des dazu notwendigen Personals und der Finanzierung enthalten.

Im Einzelnen bedeutet dies für Menschen mit Behinderungen auch während einer Pandemie die Sicherstellung bedarfsdeckender

- Leistungen zur Krankenbehandlung und Gesundheitsversorgung
- Leistungen zur Pflege
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Bildungs- und Erziehungsangebote einschließlich der Leistungen zur Teilhabe an Bildung
- Leistungen zur sozialen Teilhabe.

Zudem zeigt sich aufs Neue, dass Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen oder mit Pflegebedarf keine homogene Gruppe darstellen. Beeinträchtigungen, Lebenslagen und individuelle Lebensentwürfe unterscheiden sich und sind deshalb differenziert zu betrachten. Teilhabesichernde Maßnahmen sind nach Maßgabe der Personorientierung auch in der Pandemie zielgruppenspezifisch und individuell angepasst zu konzipieren.

In der Befragung wurden von betroffenen Menschen, ihren Familien, Leistungserbringern und Leistungsträgern versuchte oder praktizierte Problemlösungen meist nur indirekt erfasst, indem danach gefragt wurde, was gut funktioniert hat, was notwendig und was gewünscht ist. Insofern werden nicht alle individuellen Versuche der Bewältigung der Pandemiefolgen angemessen abgebildet. Es entsteht aber der Eindruck, dass eine systematische und konzeptionell fundierte Herangehensweise unter dem Aspekt der Teilhabesicherung vielfach fehlt, z. B. im Hinblick auf die wirkungsvolle Unterstützung der Familien und der nachhaltigen und effektiven Gestaltung von Ersatzangeboten (wie etwa in den Bereichen Therapie, Unterricht und Frühförderung).

In der Befragung und in vielen Stellungnahmen werden häufig Defizite der Inklusion und ihrer Bedingungen beklagt, die nicht pandemiespezifisch sind, hier aber besonders deutlich werden. Für die nächsten Jahre werden Einschnitte in die sozialen Leistungen als Folge der pandemiebedingten Mehrausgaben der öffentlichen Hand und der Reha-Träger befürchtet.

Handlungsfelder

Zur Teilhabesicherung für Menschen mit Behinderungen in der Pandemie müssen zwei Strategien handlungsleitend sein:

Die Einschränkung von Präsenzangeboten sollte mit allen verfügbaren Mitteln so gering wie möglich gehalten werden. Angebote einer Notbetreuung können die Auswirkungen solcher Einschränkungen in der Regel nur für einen kleinen Teil der Nutzer und Nutzerinnen abmildern. Lassen sich Einschränkungen von Präsenzangeboten nicht vermeiden, sind Ersatzangebote bereitzustellen, die die Teilhabe auch behinderter und chronisch kranker Menschen in größtmöglichem Umfang sicherstellen.

Ersatzangebote können außerhalb von Einrichtungen im eigenen häuslichen Umfeld stattfinden. Sie können als unmittelbar persönlich erbrachte Leistungen (Assistenz, Hausbesuche)

erbracht werden oder über digitale Kommunikation vermittelt sein. Beide Möglichkeiten können kombiniert werden.

Bei Distanzangeboten kommt den digitalen Medien eine wesentliche, jedoch nicht ausschließliche Bedeutung zu. Zu deren Nutzung können selbst wieder neue persönliche Unterstützungsleistungen erforderlich werden.

Dabei bestehen naturgemäß häufig Zielkonflikte zwischen der Maximierung des Gefährdungsschutzes und der optimalen Teilhabesicherung. Als verallgemeinertes Ergebnis des Konsultationsprozesses ist hier festzuhalten, dass diese Abwägung in der Wahrnehmung der Befragten unzureichend erfolgte, und zwar zu Lasten der Teilhabesicherung.

Aus den Ergebnissen des Konsultationsprozesses lassen sich Herausforderungen und Handlungsoptionen identifizieren, die sich auf die Teilhabesicherung beziehen: Für deren Darstellung wurden bereichs- und sektorenübergreifende Handlungsfelder entwickelt, die sich überwiegend nicht auf einzelne Bereiche wie Bildung, Arbeitsleben etc. beziehen, sondern die Erkenntnisse verallgemeinern. Die Handlungsoptionen werden im Bewusstsein der Notwendigkeit umfangreicher Schutzmaßnahmen vorgestellt. Ohne dass dies bei jeder Option immer eigens dargestellt wird, wird bei der Vorstellung der Optionen davon ausgegangen, dass eine Abwägung zwischen der Notwendigkeit von Einschränkungen im Interesse des Infektionsschutzes und den Optionen zur Teilhabesicherung allgemein und jeweils im Einzelfall erfolgen muss. Dabei sind der aktuelle allgemeine Wissensstand zur Infektionslage, zur Wirksamkeit von Schutzmaßnahmen, aber auch die regionalen und vor allem die individuellen Besonderheiten (Risikogruppe etc.) sowie die Dringlichkeit von Maßnahmen der Gesundheitsversorgung, der Rehabilitation, der Bildung etc. zu berücksichtigen. Insofern wird vorausgesetzt, dass bei der Umsetzung der Handlungsoptionen dieser Abwägungsprozess regelhaft durchgeführt wird.

4.1 Zwischenmenschliche Beziehungen

Die Förderung und der Erhalt zwischenmenschlicher Beziehungen auch und gerade in den Zeiten der Pandemie sind Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten oder Pflegebedarf und ihren Angehörigen eines der wichtigsten Anliegen. Dieses Anliegen teilen sie mit allen Bürgerinnen und Bürgern. Doch sind sie durch die Einschränkungen in Folge der Pandemie oft besonders betroffen, da Behinderungen und Krankheiten im normalen Alltag doch für viele schon Beeinträchtigungen der Teilhabe und der Kommunikation sowie eine besondere Angewiesenheit auf verlässliche Zuwendung, Begleitung und Unterstützung bedeuten, zumal das soziale Netz oft ohnehin fragil ist. Ein Wegfall des unmittelbaren Umgangs mit vertrauten Bezugspersonen bedeutet nicht selten einen gravierenden Einschnitt in das Alltagsleben und die Einbuße von Teilhabe, Lebensqualität und Sicherheit.

Im Konsultationsprozess wird in vielen der freien Antworten auf die offenen Fragen deutlich, dass die Auswirkungen auf die zwischenmenschlichen Beziehungen in der öffentlichen Diskussion sowie im gesellschaftlichen und politischen Handeln zu kurz kommen. Sogar bei den oft thematisierten Besuchseinschränkungen bei Sterbenden und Schwerkranken, bei alten oder schwer behinderten Menschen in Heimen wird konsequentes Handeln im Interesse von Kommunikation und Begegnungen vermisst. Einsamkeit, Deprivation und der Verlust des sozialen Lebens durch die Pandemie scheinen als zwangsläufig und mit Rücksicht auf die Gefährdungslage als unvermeidbar.

Zahlreiche Antworten vermitteln den Eindruck, dass das Problem der Einschränkung elementarer zwischenmenschlicher Kommunikation und Begegnung individualisiert und seine Bewältigung nicht zureichend auch als Aufgabe aller verstanden wird. Dies gilt sowohl für gesellschaftliches und staatliches Handeln als auch für die Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit.

Zugleich sind zahlreiche Aktivitäten bekannt geworden, Begegnung und sozialen Kontakt (z. B. in den Wohnheimen der Behindertenhilfe und der Pflegeheime) etwa durch die Schaffung zusätzlicher Räumlichkeiten für Besuche zu ermöglichen.

Aus dem Konsultationsprozess und insbesondere aus den freien Antworten auf die offenen Fragen lassen sich einige Elemente für sinnvolle Vorgehensweisen ableiten. Die folgenden Handlungsoptionen richten sich insbesondere an Einrichtungen und Dienste, die alle Möglichkeiten nutzen (können) sollten, den Erhalt von zwischenmenschlichen Beziehungen zu fördern.

Handlungsoptionen

- Nutzung aller Chancen, elementar bedeutsame reale Begegnungen zu ermöglichen u. a. durch
 - a) Ermöglichung der Begegnung mit wichtigen Bezugspersonen durch individuelle Gefährdungsanalysen und individualisierte Schutzkonzepte für Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit, auch unter Nutzung von Teststrategien.
 - b) Schaffung von speziellen Begegnungsräumen (z. B. Kommunikations- oder Lernräume in Heimen oder Schulen) für Besuche, Zusammenarbeit oder Begegnung mit differenziertem Schutzkonzept und ggf. bedarfsgerechter Unterstützung, z. B. Schiebehilfe bei Einschränkungen der Mobilität.
 - c) Ausreichend Notbetreuungsangebote, auch in psychosozialen Notlagen oder bei dringlichen Begegnungsbedarfen.
 - d) Ermöglichung der Begegnung und ggf. Zusammenarbeit in Form von kleinen konstanten Gruppen (z. B. Lerngruppen) als Bestandteil von Bildungs-, Arbeits- und Reha-Konzepten. Die gleichbleibenden Mitglieder bleiben regelmäßig miteinander in Kontakt, ggf. über gemeinsames Arbeiten oder Lernen, aber auch darüber hinaus mittels sozialer Netzwerke. Hier können Dienste und Einrichtungen Wesentliches beitragen, indem sie solche Gruppen organisieren.
- Wenn Präsenzgruppen für niederschwellige soziale Kontakte nicht möglich sind, sollte alternativ eine Gruppenbildung mittels digitaler Kommunikation ermöglicht und gefördert werden. Dazu bedarf es der Bereitstellung technischer Voraussetzungen (Internetzugang, Hard- und Software), der Unterstützung zur Gewinnung von Medienkompetenz einschließlich der Assistenz für Menschen mit kognitiven, motorischen, seelischen oder Sinnesbeeinträchtigungen.
- Förderung und Unterstützung der privaten Kommunikation und der Begegnung in der Distanz (Familie, Peergroups, Kirchengemeinde usw.) als wesentlichem Aspekt sozialer Teilhabe. Aufgabe von Einrichtungen (z. B. Wohneinrichtungen) ist es dabei, die dazu notwendigen technisch-infrastrukturellen Voraussetzungen zu schaffen und bei Bedarf die Nutzung der digitalen Technik zu unterstützen. Die dabei entstehenden Personal- und Sachkosten sind aufwandsgerecht zu decken.

- Der finanzielle Aufwand für die betroffenen Personen ist bei der Anwendung der einschlägigen Leistungsgesetze zu berücksichtigen, ggf. sind diese anzupassen (vgl. Kap. 4.4 Digitalisierung).

4.2 Schutzmaßnahmen für Risikogruppen im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und staatlicher Pflicht zum Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit

Es wäre nicht sachgerecht, in Epidemien oder Pandemien das Verfahren der Festlegung von Risikogruppen sowie damit verbundener Zuordnung und Handlungskonsequenzen kategorisch abzulehnen. Unter Epidemie- und Pandemiebedingungen legitimieren gebotene Eile und begrenzte personelle Ressourcen für die individuelle Risikobeurteilung vor allem anfangs grobe Beurteilungsraster. Derartige Beurteilungsraster dürfen jedoch nicht ungebührlich lange aufrechterhalten werden und so das Gebot der Verhältnismäßigkeit verletzen. Je länger kritische Bedingungen anhalten, desto mehr müssen differenzierte Regelungen auf gesetzlicher Grundlage angewendet werden.

Es geht sowohl um die Gefahrenabwehr für die Betroffenen selbst als auch um die Gefahrenabwehr für Dritte. Bei Gefahrenabwehr für Betroffene ist vor allem deren Selbstbestimmungsrecht zu achten. Allerdings kommen auch hier Interessen Dritter – gemeinschaftsrelevante Gesichtspunkte – ins Spiel, etwa wenn jemand zunächst durch die Hinnahme der Selbstgefährdung schließlich bei tatsächlich eingetretener Erkrankung zum Krankheitsüberträger wird und ggfs. auf knappe Ressourcen des Gesundheitswesens zugreift.

Unter im Interesse des Infektionsschutzes angeordneten Restriktionen geraten das grundgesetzlich garantierte Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit einerseits und das ebenfalls grundgesetzlich garantierte Recht auf Freiheit der Person andererseits unvermeidbar in ein Spannungsverhältnis. Die Gewährleistung aller Rechte muss für den Staat handlungsleitend sein. In diese Rechte darf er nur auf gesetzlicher Grundlage eingreifen, etwa durch das Infektionsschutzgesetz. Das erwähnte Spannungsverhältnis muss nach Maßgabe des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit gelindert oder aufgehoben werden.

Die vorliegenden Daten aus der Befragung belegen, dass auch viele Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten und Pflegebedarf im Rahmen der Pandemie von massiven Einschränkungen ihrer Grund- und Freiheitsrechte, so z. B. durch Beschränkungen ihrer Kontakte, ihres Bewegungsradius, der sinngebenden Alltagsstruktur, der Nutzung ärztlicher Leistungen und notwendiger Therapien (z. B. Psychotherapie, Heilmittel) betroffen waren. Dies traf vor allem zu, wenn sie aufgrund von Behinderung oder Alter pauschal – also ohne differenzierte Prüfung individueller Gegebenheiten – als Angehörige einer Risikogruppe identifiziert wurden und im Interesse des Infektionsschutzes einschneidenden Restriktionen unterworfen waren. Besonders in Settings kollektiver Angebote (z. B. Heime, WfbM, Schulen) wirkten sich solche Restriktionen aus, vor allem wenn essenzielle Sozialkontakte (z. B. Besuche von Angehörigen, kollegiale Kontakte am Arbeitsplatz, auf dem Schulweg, in der Schule) und wichtige soziale Aktivitäten (z. B. Beschäftigung, Berufsausübung) reduziert oder gänzlich unterbunden wurden und keine Kompensationen zur Verfügung standen.

Die von solchen Restriktionen Betroffenen beurteilten die Angemessenheit dieser pauschalen Zuordnung jedoch unterschiedlich, wohl vor dem Hintergrund individueller Voraussetzungen und Bedürfnisse. Manche fanden sie angemessen, andere nicht. Viele erlebten die pauschale Zuordnung als Entmündigung, als Verlust der Selbstbestimmung oder als Diskriminierung.

Gerade bei Menschen mit Behinderungen trifft solches Erleben oft auf den Resonanzraum ähnlicher biografischer Vorerfahrungen der Ausgrenzung.

Häufig zogen die Beschränkungen negative Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit nach sich, manchmal in Form der Verschlimmerung vorbestehender Gesundheitsprobleme infolge unzureichender gesundheitlicher Versorgung unter Pandemiebedingungen, manchmal auch in Form neu auftretender Gesundheitsprobleme durch die Belastungen (z. B. Depressionen, psychosomatische Störungen).

Die erwähnten Effekte und die Auswirkungen auf die Teilhabe werden von vielen Faktoren beeinflusst, unter anderem vom Einverständnis mit den Restriktionen, von der Akzeptanz für die Begründung, aber auch von individueller Resilienz, aktueller Lebenslage, nutzbaren Kompensationen eingeschränkter Aktivitäten (z. B. Ersatz realer durch digitale Kontakte, Ersatzangebote bei Wegfall der üblichen Tagesstruktur) usw.

Handlungsoptionen

- Verhältnismäßigkeit muss auf gesetzlicher und institutioneller Ebene grundsätzlich der Maßstab aller Maßnahmen sein, um in der Pandemie restriktive Maßnahmen zur Gefahrenabwehr effektiv durchzusetzen und zugleich die Fortgeltung von Grund- und Freiheitsrechten aller Menschen zu wahren. Bei der Prüfung der Verhältnismäßigkeit sind die Folgen von Beschränkungen für die gesellschaftliche Teilhabe zwingend zu berücksichtigen.
- Für die individuelle Bewertung der gesundheitsbezogenen Risiken sind valide, möglichst evidenzbasierte fachliche Grundlagen (Leitlinien, Expertenempfehlungen usw.) heranzuziehen.
- Als geeignete Vorkehrungen für zukünftige Pandemien müssen solche fachlichen Grundlagen prospektiv multidisziplinär und transdisziplinär erarbeitet und kontinuierlich aktualisiert werden. Dabei muss eine umfassende biopsychosoziale Perspektive unter ausdrücklichem Einschluss der Teilhabe handlungsleitend sein.
- Für die Ausübung des Selbstbestimmungsrechtes im Hinblick auf die Einwilligung in auferlegte Restriktionen (im Sinne des informed consent) müssen ausreichende und verständliche Informationen zur Verfügung stehen, auch in einfacher Sprache.
- In Diensten und Einrichtungen sind die Nutzerinnen und Nutzer an Gremien zu Schutzvorkehrungen zu beteiligen. Auch staatliche Instanzen (z. B. Gesundheitsämter, Ordnungsämter usw.) sind angehalten, auf die Mitwirkung der Nutzerinnen und Nutzer an der Formulierung von institutionellen Schutzkonzepten zu achten.
- Bewohnerinnen und Bewohnern von Heimen, Nutzerinnen und Nutzern von Ausbildungsstätten usw. sind vorrangig geeignete Schutzmaßnahmen (z. B. Impfungen, Schutzausrüstung) anzubieten. Notfalls ist die Nutzung der Angebote an die Inanspruchnahme dieser Schutzmaßnahmen zu knüpfen.
- Einrichtungen und Dienste sind gefordert, bei kollektiv wirkenden Schutzmaßnahmen kreative Lösungen zu suchen, um die resultierenden Folgen insbesondere für die selbstbestimmte Teilhabe zu mindern, etwa durch verbesserte technische Kommunikationsmöglichkeiten (Tablets, WLAN usw.), geschützte Begegnungsräume usw.
- Mitarbeitenden sind so weit wie möglich Maßnahmen der Infektionsprävention anzubieten (z. B. regelmäßige Tests, Schutzmittel, Schutzimpfungen). Die gesetzlichen Grundlagen sind dafür gegebenenfalls zu schärfen.

- Im Hinblick auf künftige vergleichbare Gefahrenlagen ist im Sinne geeigneter Vorkehrungen zu prüfen, ob die gesetzlichen Vorschriften zu ergänzen oder zu präzisieren sind.
- Den jeweils wichtigsten Kontaktpersonen der Bewohnerinnen und Bewohnern von Heimen, Krankenhauspatientinnen und -patienten und vergleichbaren Gruppen sind im gleichen Sinne Maßnahmen der Infektionsprävention anzubieten. Für Impfungen sind die vorstehend erwähnten Personenkreise so hoch wie möglich zu priorisieren.
- Arbeitgeber sind zu verpflichten, so weit wie möglich die Arbeitsbedingungen im Sinne der Infektionsminimierung anzupassen, z. B. durch das Angebot von Homeoffice, Abstandsregeln, Schutzvorkehrungen und/oder versetzte Arbeitszeiten. Die Einhaltung der Arbeitsschutzvorschriften ist regelmäßig zu kontrollieren.

4.3 Selbstbestimmung und Informiertheit unter den Bedingungen der Pandemie

Für adäquates individuelles Verhalten in eigenverantwortlicher Regie unter Bedingungen der Pandemie, für die Akzeptanz notwendiger Restriktionen, aber auch für die Inanspruchnahme bestehender Rechte im Hinblick auf das Arbeitsleben, die Gesundheitsversorgung usw. sind plausible und verständliche Informationen notwendig. Außerdem sind solche Informationen wichtige Voraussetzungen für eine effektive Mitwirkung an der Gestaltung pandemiegerechter Regelungen, etwa in einer Wohneinrichtung oder im betrieblichen Kontext.

Die Auskünfte aus den Befragungen belegen deutliche Defizite hinsichtlich der Verfügbarkeit niedrigschwelliger pandemiebezogener Informationen. Die detaillierten Problembeschreibungen waren einerseits sehr heterogen, manchmal widersprüchlich, offenkundig in Abhängigkeit von individuellen Umständen, Lebenslagen, Beeinträchtigungen, Ängsten und Bedürfnissen. Andererseits bezogen sie sich auf subjektive und objektive Barrieren verschiedener Art: unzureichendes Wissen, sensorische, motorische oder kognitive Beeinträchtigungen, Ängste, fehlende Kompetenzen in der Handhabung digitaler Medien, sprachliche Schwierigkeiten, technische Probleme (Internet, Hardware, Software usw.), geringe finanzielle Ressourcen usw.

Die mögliche Inanspruchnahme wichtiger Leistungen, z. B. der Gesundheitsversorgung oder auch von Bildungsangeboten, unterblieb, so die Ergebnisse der Befragung, häufig durch nicht immer sachlich begründete Ängste der betroffenen Personen und ihrer Angehörigen. Deshalb sind Informationen so zu gestalten, dass sie das Schüren unbegründeter Ängste vermeiden und ein sachgerechtes Verhalten ermöglichen.

Es zeigten sich Schnittmengen mit den beim Themenkomplex Digitalisierung (vgl. Kap. 4.4) dargelegten Problemen.

Handlungsoptionen

- Alle relevanten Behörden müssen für die Pandemie allgemein verständliche und barrierefreie Informationen bereitstellen, und zwar zugeschnitten auf die jeweiligen Zielgruppen. Dazu gehören auch Informationen in einfacher Sprache und in wichtigen Fremdsprachen.
- Staatliche Einrichtungen wie das Robert-Koch-Institut (RKI), das Paul-Ehrlich-Institut (PEI), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) usw. sind zu verpflichten, ihre umfangreichen Informationsplattformen für einen breiteren Nutzerkreis barrierefrei zu gestalten (vgl. Art. 21 UN-BRK).

- Öffentlich-rechtliche Medien müssen für die Pandemie allgemein verständliche Informationen barrierefrei bereitstellen. Um zu verhindern, dass beispielsweise notwendige Leistungen der Gesundheitsversorgung wegen objektiv unbegründeter Ängste nicht in Anspruch genommen werden, bedarf es zielgruppenorientierter Aufklärungs- und Motivationsarbeit. Dazu gehören auch Informationen in einfacher Sprache und in relevanten Fremdsprachen.
- Im Interesse zielgruppenorientierter und sachgerechter Aufbereitung von Informationen und barrierefreier Vermittlung sollen öffentlich-rechtliche Medien mit den Selbstvertretungsorganisationen der Betroffenen zusammenarbeiten.
- Staatliche und staatlich geförderte Bildungsträger sind gefordert, in Zusammenarbeit mit Betroffenenorganisationen zur Erschließung vorhandener Informationsangebote geeignete Programme für Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten und Pflegebedarf zur Entwicklung einschlägiger Kompetenzen (im Sinne von Empowerment) zu entwickeln. Diese sollten zum Abbau unbegründeter Ängste beitragen.
- Zivilgesellschaftliche Akteure sind zu ermutigen und durch Förderprogramme effektiv zu unterstützen, ebenfalls solche Programme zu erarbeiten.
- Insbesondere Anbieter von Leistungen der Gesundheitsversorgung und von Leistungen zur sozialen Teilhabe sind gefordert, an der Bereitstellung pandemiebezogener Informationen sowie an deren verständlicher und situationsbezogener Vermittlung mitzuwirken. Der damit verbundene Aufwand ist auskömmlich zu finanzieren.
- Die Beteiligung und Mitwirkung von Betroffenen bei Entscheidungen und im Prozess ist umfassend sicherzustellen. Um zu verhindern, dass notwendige Leistungen der Gesundheitsversorgung wegen objektiv unbegründeter Ängste nicht in Anspruch genommen werden – was oft vorkam, bedarf es zielgruppenorientierter Aufklärungs- und Motivationsarbeit. Weil viele Menschen aus Gründen mangelhafter digitaler Infrastruktur oder fehlender technischer Ausstattung auf individueller Ebenen oder mangels fehlender digitaler Kompetenzen wohl noch lange keinen Zugang zu digital bereitgestellten Informationen haben werden, müssen alle relevanten Informationen auch in traditioneller „analoger“ Form (z. B. als gedruckte Informationsblätter, Postwurfsendungen) dargeboten werden. Diese Medien dürfen nicht als „Auslaufmodell“ vernachlässigt werden.

4.4 Digitalisierung

Die Bedeutung der Digitalisierung nimmt in allen Lebensbereichen zu. Besondere Bedeutung und einen Entwicklungsschub erhält sie durch die Corona-Pandemie. Die Beschränkungen realer Kontakte in den Bereichen Arbeiten, Lernen, Gesundheitsversorgung und in der Pflege privater Kommunikation machen die Nutzung digitaler Medien notwendig. Ausreichende digitale Strukturen sind für Ersatzangebote während der Pandemie, aber auch unabhängig davon im Regelbetrieb, für die Sicherung der Teilhabe eine zentrale Voraussetzung, deren Bedeutung noch wachsen wird. Die gegenwärtigen Bedingungen sind jedoch in Deutschland unzulänglich. Das ist Konsens aller Akteure im Konsultationsprozess. Der rasche und bedarfsgerechte Ausbau der Infrastruktur für die Digitalisierung ist für alle Menschen in Deutschland essenziell, in ganz besonderem Maße für Menschen mit Behinderungen, chronische Krankheiten und Pflegebedarf. Dabei hat die Barrierefreiheit digitaler Angebote, u. a. durch Einhaltung der dazu vorhandenen Standards, eine besondere und zentrale Bedeutung.

Nicht alle Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten oder Pflegebedarf – und auch andere Bürgerinnen und Bürger – können oder wollen die sich durch die Digitalisierung ergebenden Möglichkeiten nutzen. Ihnen muss die Möglichkeit gesellschaftlicher Teilhabe in allen Lebensbereichen auch ohne Nutzung digitaler Anwendungen in vollem Umfang erhalten bleiben. Insofern sollte nicht nur von einem Recht auf digital vermittelte Teilhabe, sondern auch von einem Recht auf analog gestaltete Teilhabe ausgegangen werden. Diese programmatische Aussage bedarf im Fortgang der Diskussion einer näheren Präzisierung.

Digitalisierung bietet für Homeoffice sowie für Ersatzangebote in Schule, Studium, Therapie und beruflicher Rehabilitation vielfältige Chancen. Sie ist geeignet, einige noch immer bestehende Barrieren für Menschen mit bestimmten Beeinträchtigungen (z. B. hinsichtlich Mobilität) zu überwinden. Allerdings kann und soll digitale Kommunikation nicht alles ersetzen, was für Bildungs- und Erziehungsprozesse, Gesundheitsleistungen und Arbeitsvollzüge sowie für das Knüpfen und Aufrechterhalten sozialer Beziehungen an realer Begegnung und unmittelbarem Austausch notwendig ist (vgl. Kap. 4.1).

Zu den allgemein bekannten Defiziten bei der Digitalisierung gehören die unzureichende Verfügbarkeit eines stabilen und leistungsfähigen Internetzugangs, mangelnde Funktionsfähigkeit von IT-Plattformen, fehlende Ausstattung mit leistungsfähiger Hard- und Software, unzureichende Barrierefreiheit usw.

Der Fortschritt der Digitalisierung ist nicht automatisch eine Garantie für Inklusion. Er fördert sogar die Exklusion bestimmter Personengruppen, wenn deren Bedarfe, etwa im Hinblick auf Barrierefreiheit und spezielle Unterstützungen, nicht berücksichtigt werden. Dies gilt gesamtgesellschaftlich, speziell aber auch für die Nutzungsbedingungen in den Einrichtungen und Diensten für Menschen mit Behinderungen, den Bildungseinrichtungen, der Arbeitswelt und deren Angebote. Menschen mit Behinderungen sind als deren Nutzerinnen und Nutzer erst einmal mit den allgemeinen Barrieren konfrontiert. Sie benötigen aber oft mangels eigener technischer Ausstattung, technischer Kenntnisse, Anwendungserfahrungen usw., aber auch wegen ihrer individuellen Beeinträchtigungen intensive Unterstützung bei der Nutzung digitaler Kommunikationsmittel. Ihr besonderer Bedarf trifft aber oft auf unzureichende IT-Ausstattungen und IT-Kompetenzen in den Diensten, Einrichtungen, Bildungseinrichtungen usw. sowie bei deren Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen oder bei Lehrkräften.

Dienste und Einrichtungen beklagen, dass die formelle und informelle Kommunikation mit den Nutzerinnen und Nutzern über E-Mail, Videokonferenzen und soziale Netzwerke oft nicht mit den Anforderungen des Datenschutzes in Einklang zu bringen sei.

Exklusionsrisiken durch Priorisierung der Digitalisierung bestehen auch für solche Personengruppen, für die der unmittelbare Kontakt unverzichtbar ist und die von digitalen Kommunikationsformen nicht erreicht werden können.

Handlungsoptionen

Bei der Digitalisierung sind nicht nur die Optionen für die betroffenen Menschen selbst, sondern ebenso die für deren Angehörige und weitere Bezugspersonen, etwa bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern, zu berücksichtigen.

Für die Teilhabesicherung sind folgende Herausforderungen im Rahmen der Digitalisierung zu bewältigen:

- Die digitalen Kommunikationsmittel, die allgemein zur Lebensführung, insbesondere aber zur Minderung der Pandemiefolgen und zur Teilhabesicherung für Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten sowie für ältere Menschen mit Pflegebedarf

gehören, sind durchgängig barrierefrei zu gestalten. Dienste und Einrichtungen, aber auch Nutzerinnen und Nutzer müssen sich mit der notwendigen Hard- und Software (einschl. leistungsfähigem Internetzugang) ausstatten und bei Bedarf Unterstützung bei der Nutzung erhalten können.

- Wesentliche Voraussetzung für eine teilhabeorientierte Nutzung der Digitalisierung ist eine kontinuierliche, an den Fortschritt der technischen Entwicklungen angepasste Qualifikation auf Seiten der Leistungserbringer und auf Seiten der Nutzerinnen und Nutzer (Eltern, Betreuerinnen und Betreuer etc.). Dies kann auch eine Aufgabe von qualifizierter Assistenz sein. Dazu müssen konzeptionelle Grundlagen entwickelt werden. Zu klären ist, welche Leistungsträger/-erbringer für die Schaffung und Aufrechterhaltung von Digital- und Medienkompetenz und deren Finanzierung verantwortlich sein sollen.
- Ein leistungsfähiger Internetzugang mit allgemeiner Zugänglichkeit (z. B. auch über WLAN) ist flächendeckend und an allen Lebensorten (auch in den Heimen, Schulen, Haushalten) vorzuhalten. Dies zu steuern und zu fördern ist eine staatliche Aufgabe, die nicht privaten Akteuren überlassen werden darf.
- Funktionsfähige, zuverlässige und barrierefreie IT-Plattformen, insbesondere im Bildungsbereich, stellen wichtige Bausteine eines Konzeptes für digital unterstützte Teilhabe dar.
- Für Datenschutzkonformität und reibungslose digitale Kommunikation mit den Nutzerinnen und Nutzern bedarf es entsprechender Hardware- und Softwareausstattung sowie verbindlicher Regeln für deren Nutzung durch die Dienste und Einrichtungen.
- Auch im Bereich des Arbeitslebens ist der Qualifizierung der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen eine besondere Bedeutung zuzumessen, und zwar insbesondere im Hinblick auf die Nutzung von Homeoffice bzw. mobilem Arbeiten von Beschäftigten mit Beeinträchtigungen.
- Bereitzustellen sind auch spezifische analoge und ggf. digital gestützte Unterstützungsleistungen, wie z. B. Gebärdendolmetscher und andere geeignete Kommunikationshilfen, z. B. im Sinne der Unterstützten Kommunikation sowie assistiver Technologien (vgl. § 82 SGB IX) und der dazu gehörenden spezifisch qualifizierten Assistenz.
- Zur Schaffung der genannten Voraussetzungen sind die fachlichen und finanziellen Zuständigkeiten im Rahmen eines umfassenden und trägerübergreifenden Konzepts zu klären.

Dabei sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- a) Der Staat hat, z. B. durch Vorgaben für Telekommunikationsanbieter, sicherzustellen, dass leistungsfähige Internetzugänge flächendeckend vorhanden sind.
- b) Ausstattung und Qualifikation im Bereich Digitalisierung auf Seiten der Leistungserbringer sollten Bestandteil der jeweiligen Konzepte der Versorgung in den Bereichen Gesundheit, Pflege, Bildung und Rehabilitation werden und sich insofern auch in Rahmenverträgen, Leistungsvereinbarungen, Qualitätsstandards, Bildungskonzeptionen etc. finden. Investitionen, Personalkosten und fortlaufende Kosten sind entsprechend zu finanzieren.
- c) Zur Schaffung der individuell notwendigen Voraussetzungen für die Nutzung der Digitalisierung zur Teilhabesicherung aufgrund einer Behinderung kommen Leistungen der Rehabilitationsträger in Betracht. Grundlage hierfür ist eine personbezogene Bedarfsermittlung (vgl. §§ 13ff. SGB IX), auf Grund derer der zuständige Rehabilitationsträger und damit die Finanzierung bestimmt werden können. Hierzu

bedarf es politischer Entscheidungen im Rahmen einer allgemeinen trägerübergreifenden Konzeption, wann Arbeitgeber, das Bildungssystem, die Kommunen etc. oder die betreffende Person selbst bzw. die existenzsichernden Systeme (Grundsicherung, Bildungspaket etc.) und wann die Rehabilitationsträger nach dem SGB IX finanziell zuständig sind.

- d) Bei der Entwicklung von Nutzungsstrategien digitaler Medien sind zudem die Rahmenbedingungen für die Anwendung zu beachten. Dazu gehören u. a. räumliche (Arbeitsraum bei Homeoffice oder Homeschooling) und technische Voraussetzungen (Arbeitsschutz im Homeoffice).
- Digitale Kommunikation ist entsprechend ihrer hohen Bedeutung auch für die Ermöglichung von Kommunikation und sozialen Beziehungen, z. B. mittels sozialer Netzwerke, und insofern für die Förderung der Teilhabe, einzusetzen und zu fördern. Hierbei ist unbedingt digitale Barrierefreiheit umzusetzen.
 - Ein Schwerpunkt digitaler Angebote sind Video-Sprechstunden, -konferenzen u. ä. für die gerade in einer Pandemie die Nutzungsvoraussetzungen zu schaffen und deren Anwendung zu fördern sind.
 - Neben digitalen müssen weiterhin analoge Formen der Informationsvermittlung zur Verfügung stehen, um die Teilhabe aller Bevölkerungsgruppen sicherzustellen.

4.5 Sicherung der Dienste und Einrichtungen

Teilhabe braucht Rehabilitation, braucht deren Dienste und Einrichtungen. Die Leistungserbringer müssen unter Pandemiebedingungen (a) die Art und Weise ihres Arbeitens anpassen (vgl. Kap. 4.11), sie brauchen für diese Anpassung und die laufende Arbeit (b) eine adäquate finanzielle Grundlage und sie benötigen (c) kompetente, motivierte und gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vgl. Kap. 4.15).

Während der Corona-Pandemie steigen die Ausgaben und sinken die Einnahmen; das kann die Existenz der Dienste und Einrichtungen (und damit auch ihre Leistungen für Menschen mit Behinderungen) gefährden. Insbesondere zu Beginn der Pandemie fehlten vielen Diensten und Einrichtungen wichtige Schutzausrüstungen und Ausstattungsvoraussetzungen, so dass sie ihre Arbeit reduzieren, zum Teil sogar einstellen und schließen mussten.

Handlungsoptionen

- Um die Leistungsfähigkeit der Dienste und Einrichtungen, sowohl der Teilhabeförderung als auch der Gesundheitsversorgung, zu sichern, braucht es ausreichende sog. Schutzschirme, ausreichend sowohl vom finanziellen Umfang als auch von der zeitlichen Erstreckung her. Wichtig ist auch, die Dienste und Einrichtungen nicht mit einem unzumutbaren Dokumentations- und Abrechnungsaufwand zu überfordern.
- Notwendig ist auch eine angemessene Vergütung des durch die Corona-Pandemie und ihre Bekämpfung entstehenden Mehraufwands (z. B. durch kleinere Gruppengrößen, Corona-Tests, Konzeptumstellung).
- Auch pandemiebedingte vorübergehende Leistungseinschränkungen (z. B. durch Quarantäne-Anordnungen oder Nichtantritt von Leistungen wegen befürchtetem Infektionsrisiko) dürfen die Dienste und Einrichtungen in ihrer Existenz nicht gefährden.
- Darüber hinaus sind verlässliche Rahmenbedingungen und stabile Finanzierungsperspektiven wichtig, da die Dienste und Einrichtungen ihre Arbeit und deren Organisation

durch Innovationen und Investitionen weiterentwickeln und an die Bedingungen einer Pandemie anpassen müssen, z. B. durch die Entwicklung, Erprobung und Umsetzung adäquater Ersatzangebote.

- Für die Sicherstellung der Dienste und Einrichtungen der Teilhabeförderung sind sowohl der Staat (Gesetze und Verordnungen, Haushaltsmittel) als auch die Kosten- und Leistungsträger verantwortlich (vgl. § 36 SGB IX).

4.6 Beratung und Unterstützung

Gerade unter Pandemiebedingungen besteht für Menschen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen und/oder Pflegebedarf oft besonderer Unterstützungs- oder Beratungsbedarf. Gleichzeitig ist die Arbeit verschiedener Dienste, wie Integrationsfachdienste (IFD), Schwerbehindertenvertretungen (SBV), psychosoziale Beratungsstellen, Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) oder Pflegestützpunkte, aber auch der Kosten- und Leistungsträger während der Corona-Pandemie erschwert. Anträge auf Teilhabeleistungen wurden zum Teil verzögert bearbeitet; die Teilhabeplanverfahren fanden unter erschwerten Bedingungen statt. Gerade in schwierigen Lebenssituationen sind wirksame Beratung und Unterstützung ohne Präsenzangebote eine besondere Herausforderung.

Handlungsoptionen

- Die Beratung durch Beratungsstellen, Integrationsfachdienste, Pflegestützpunkte, Kosten- und Leistungsträger ist auch in der Pandemie uneingeschränkt fortzuführen, nach Möglichkeit im direkten Kontakt, mindestens aber telefonisch oder über digitale Kommunikation.
- Es muss gewährleistet sein, dass die Antragsbearbeitung durch die Rehabilitationsträger auch in der Pandemie möglichst uneingeschränkt fortgeführt wird; bei pandemiebedingtem zusätzlichem Bedarf an Teilhabeleistungen sollten Möglichkeiten geprüft werden, das Antragsverfahren zu vereinfachen.
- In den Betrieben, Unternehmen und Verwaltungen müssen die Schwerbehindertenvertretungen ihre Arbeit uneingeschränkt fortsetzen können (und dürfen nicht etwa gegen ihren Willen in Kurzarbeit geschickt werden).
- Es sollte besondere regionale Ansprechstellen geben (auch spezielle im Bereich Bildung und Erziehung), die v. a. Familien und betroffene Personen im Hinblick auf pandemiespezifische Unterstützungsmöglichkeiten beraten. Es sollte auch eine IT-Plattform zu pandemiespezifischen Unterstützungsleistungen (z. B. Assistenzleistungen) angeboten werden, die von Beratungseinrichtungen, z. B. von den Stellen der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB), aber auch von betroffenen Personen niedrigschwellig genutzt werden kann.

4.7 Angehörige, die Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen betreuen

In der Befragung sind rund drei Viertel der antwortenden betreuenden Angehörigen und Bezugspersonen Frauen, rund ein Viertel Männer. Sie betreuen Kinder und Erwachsene mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen in der Regel mit schweren Beeinträchtigungen. Die Betreuten sind zu über drei Vierteln schwer- bzw. schwerstpflegebedürftig (Pflegegrad 3-5) und haben zu über 70 % einen Grad der Behinderung (GdB) von

70 - 100. Mehrheitlich leben die Betreuten im Haushalt der Angehörigen bzw. der Bezugspersonen. Über zwei Drittel der betreuenden Angehörigen sind voll- oder teilzeitbeschäftigt, weitere 4 % gingen einer geringfügigen Beschäftigung nach. Rund 70 % hatten damit eine Doppelbelastung bzw. Dreifachbelastung: Arbeit – oft im Homeoffice, Haushaltsführung und Betreuung.

Die betreuenden Angehörigen sind bei der Betreuung auf Leistungen ambulanter Pflegedienste, auf Assistenzdienste und Einzelbetreuung, funktionierende Tagesbetreuung, Werkstätten, Schulen/Förderschulen und andere Fördereinrichtungen, Notbetreuung und therapeutische Leistungen angewiesen. Unter der Corona-Pandemie sind viele dieser etablierten Hilfen zur Versorgung und Betreuung weggebrochen. Sie waren oft ganz, teilweise oder zeitweise geschlossen. In vielen Fällen fehlten geeignete Beförderungsmöglichkeiten, die den Hygieneanforderungen unter den Bedingungen der Corona-Pandemie entsprachen. Ersatzangebote oder Entlastungsmöglichkeiten wie Verhinderungs- bzw. Kurzzeitpflege, Tagesbetreuung oder Assistenz/Schulbegleitung standen nicht oder nicht in angemessener Form zur Verfügung. Oftmals blieb die Beförderung an den ohnehin vielfach belasteten Eltern/Angehörigen hängen. Wenn Betreute – oft pauschal – einer Risikogruppe mit besonderer Gefährdung bei Corona-Infektion zugeordnet wurden, wurde ihnen von den Leistungsanbietern häufig der Zugang zu Einrichtungen und Leistungen verweigert oder sie selbst konnten bzw. wollten die Angebote nicht wahrnehmen, weil das Risiko einer außerhäuslichen Versorgung von ihnen selbst, den Angehörigen oder dem behandelnden Arzt als zu hoch eingeschätzt wurde. Darüber hinaus konnte ein entstandener Mehrbedarf an häuslicher Pflege, Assistenz und Betreuung nicht abgedeckt werden, weil die Angehörigen selbst dazu nicht in der Lage waren und zusätzliche Unterstützung nicht (rechtzeitig) verfügbar war. Über ihnen zustehende Leistungen waren sie oft nicht informiert oder sie konnten sie nicht in Anspruch nehmen, weil sie die eng gefassten Voraussetzungen nicht erfüllten (z. B. keine Vergütung für Angehörige) oder sie mit einer Antragstellung (z. B. Teilhabeplanverfahren) überfordert waren.

Oftmals waren betreuende Angehörige bzw. Bezugspersonen schon unter „Normal“-Bedingungen an ihrer Belastungsgrenze, doch zeigte sich eine deutliche Überforderung in vielen Lebensbereichen auch während der Pandemie. Sie berichteten vor allem von großer seelischer (88 %) und körperlicher Belastung oder Überlastung (60 %). Eindrücklich schilderten sie in zahlreichen Freitextantworten gravierende Auswirkungen auf ihre Familien, ihre Partner- und Freundschaften und ihre weiteren sozialen Beziehungen.

Die Defizite hatten auch Auswirkungen auf die berufliche Situation der Angehörigen. Um die Betreuungssituation noch zu gewährleisten, mussten sie häufig ihre Arbeitszeiten reduzieren, sich zeitweise beurlauben lassen oder ihr Arbeitsverhältnis ganz aufgeben. Dies bedeutete bei über einem Sechstel der Antwortenden teils erhebliche finanzielle Einbußen.

Angehörige und Bezugspersonen sind in unserer Gesellschaft eine wesentliche Stütze bei der Versorgung von Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen. Sie sind auch Garanten für Inklusion und Teilhabe dieser Menschen. Nach den Ergebnissen unserer Befragung waren sie durch die Pandemie und ihre Bekämpfung mit ganz besonderen Belastungen und weitreichenden Folgen konfrontiert. Frauen, meist ohnehin dreifachen Belastungen durch Haushalt, Betreuung und Beruf ausgesetzt, betraf dies in erster Linie, kann doch davon ausgegangen werden, dass sie Mehrheitlich die Hauptlast der Betreuung tragen. Die familiäre Situation spitzte sich unter der Pandemie oft zu, vor allem wenn Klein- oder Schulkinder im Haushalt lebten. Partnerschaft, Freundschaften und weitere soziale Be-

ziehungen litten unter den Belastungen. Vier Fünftel der betreuenden Angehörigen und Bezugspersonen fühlten sich in ihrer Situation und in ihren Leistungen gesellschaftlich nicht wahrgenommen und unterstützt.

Um diese unverzichtbare Unterstützung für Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen auch unter den Bedingungen der Pandemie zu erhalten und zu fördern, bedarf es nach den Ergebnissen unseres Konsultationsprozesses eines auf die Situation der betreuenden Angehörigen bzw. Bezugspersonen zugeschnittenen Maßnahmenbündels, wie es in den folgenden Handlungsoptionen vorgeschlagen wird.

Handlungsoptionen

- Der Ausfall einrichtungsgebundener Leistungen sollte so weit wie möglich durch aufsuchende Leistungen (teil-)kompensiert werden (z. B. therapeutische Leistungen als Hausbesuche). Die Leistungserbringer und die Leistungsträger sollten verpflichtet sein, notwendige Leistungen flexibel zu ermöglichen.
- Tages-, Kurzzeit- und Verhinderungspflege und Notbetreuung müssen als essenziell für Betroffene und pflegende Angehörige so weit wie möglich geöffnet bleiben bzw. aufgebaut werden. Dies muss u. a. durch gezielte Teststrategien bei Nutzerinnen und Nutzer und Personal abgesichert werden. Wenn solche Einrichtungen nicht zur Verfügung stehen, müssen Ersatzangebote realisiert werden.
- Etablierte, einrichtungsgebundene Assistenzdienste sollten bei Schließungen der Einrichtungen oder bei unververtretbaren Risiken durch den Einrichtungsbesuch auch in der Häuslichkeit der Betreuten eingesetzt werden. Gleiches gilt für Integrationshilfen und Schulbegleitungen. Bei Mehrbedarf sollten vermehrte oder neue Assistenzleistungen ermöglicht und finanziert werden.
- Deckung des Bedarfes an Einzelbetreuung u. a. für Menschen mit psychischen Erkrankungen unter Nutzung verschiedener Sozialleistungen wie Soziotherapie, Hausbesuche durch Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA), intensivierete Ergotherapie und vor allem persönliche Assistenzleistungen.
- Wenn bei Einrichtungsschließungen Pflege und Betreuung zu Hause übernommen werden, müssen auch notfallmäßig Dienste (Pflege und Assistenz, vgl. Kap. 4.16) verfügbar sein. Auszeiten während der 24/7-Pflege müssen ermöglicht werden, ohne dass es zu einer Unterversorgung der Betreuten kommt.
- Wenn pandemiebedingt die Pflege zu Hause durch nichtprofessionelle Helferinnen und Helfer unterstützt werden muss (z. B. weil keine ausreichende professionelle Unterstützung zur Verfügung steht), ist dies angemessen zu finanzieren. Die Finanzierung sollte auch den Familienangehörigen zustehen. Dazu muss § 77 SGB XI geändert werden.
- Testung: Regelmäßiger Einsatz von individuell geeigneten Schnelltests (z. B. im Fall von Kindern Spuck-Tests), um Sicherheit von Assistenz, Betreuung u. a. zu gewährleisten; Finanzierung der Testungen.
- (Finanzielle) Unterstützung bei der Beschaffung von Schutzausrüstung wie Mund-Nasen-Schutz, FFP2-Masken, Handschuhe u. a. – auch für privat organisierte Pflegekräfte/-hilfen.
- Die Nutzung notwendiger therapeutischer oder psychosozialer Angebote darf nicht am Wegfall von Beförderungsdiensten scheitern. Die finanziellen Mittel etwa für Einzeltrans-

porte (bei ansonsten Sammeltransporten) oder Taxi-Service müssen von den zuständigen Leistungsträgern, gegebenenfalls von staatlichen Stellen, zur Verfügung gestellt werden (vgl. Kap. 4.9).

- Ausbau telemedizinischer bzw. digitaler ärztlicher und therapeutischer Versorgungsangebote, um die Ansteckungsrisiken zu minimieren.
- Verbesserung der Informations- und Beratungsangebote durch Ärztinnen und Ärzte, Pflegedienste, Pflegestützpunkte, Krankenkassen, Sozialdienste und Sozialämter sowie der Ergänzenden unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) zu Fragen im Zusammenhang mit der Corona-Krise, auch im Sinne einer pandemiespezifischen niedrigschwelligen Beratung über Unterstützungsangebote.
- Der Entlastungsbeitrag von 125 € sollte bei Nichtausschöpfung – unabhängig von anderen Leistungen der Pflegeversicherung (Sozialstationen, Pflegediensten, Verhinderungspflege u. ä.) – an pflegende Angehörigen ausbezahlt werden können.
- Die Möglichkeiten des Kinderkrankengeldes nach § 45 SGB V, der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V sowie der ambulanten Familienhilfe nach § 20 SGB VIII sollten stärker bekannt gemacht und vermehrt in Anspruch genommen werden. Hierzu sollten § 38 SGB V und § 20 SGB VIII um pandemiespezifische Regelungen ergänzt werden.
- Für die finanziellen Belastungen sollte den betreuenden Angehörigen eine Entschädigung, zum Beispiel in Anlehnung an das „Kinderkrankengeld“ oder in anderer Form, zugesprochen werden.
- Angehörige müssen bei Wegfall von Diensten/Einrichtungen auch nicht-professionelle Dienstleister für die Betreuung nutzen dürfen v. a. in Krisen-/Pandemiezeiten.
- Zu Assistenzleistungen und pädagogischer Unterstützung vgl. Kap. 4.16.

Für weitere Handlungsoptionen sei auf Kap. 4.4 (Digitalisierung) und Kap. 4.1 (Zwischenmenschliche Beziehungen) verwiesen.

4.8 Vereinbarkeit von Beruf und Betreuung durch Angehörige

Im Konsultationsprozess berichteten viele Angehörige und betroffene Personen erhebliche Schwierigkeiten im Hinblick auf die Vereinbarkeit ihrer beruflichen Tätigkeit mit der Betreuung von Angehörigen mit Behinderungen. Zum Teil konnte mit dem Arbeitgeber keine einvernehmliche Lösung gefunden werden. Besonders häufig beklagten Frauen Überforderung durch die Doppelbelastung. Von Mitarbeitenden aus den Diensten und Einrichtungen wurde dies bestätigt, wenn sie auf Grund der beruflichen Verpflichtungen der Angehörigen mit der Bitte konfrontiert werden, einen Menschen mit Behinderung in die Notbetreuung zu übernehmen. Auch werden vermehrt Konflikte und psychosozialer Stress sowie psychische Folgen bei Kindern berichtet, ohne dass dies allein auf die Doppelbelastung zurückgeführt werden kann.

Die Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Beruf und Betreuung resultieren hauptsächlich aus dem Ausfall von Präsenzangeboten (Kita, Schule, WfbM, Internat, Ausbildungsstelle, Freizeitangeboten usw.), so dass die Menschen mit Behinderungen zu Hause bleiben und ggf. zusätzliche Aufgaben im Rahmen von Ersatzangeboten (z. B. beim Homeschooling) wahrgenommen werden müssen. Hinzu kommen pandemiebedingte Erschwernisse im Alltagsleben, z. B. bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung. Nachbarn, Großeltern u. a. können wegen der Kontaktbeschränkungen weniger oder keine zusätzliche Unter-

stützung leisten. Berufstätige Angehörige stehen vor der Frage, wie sie die Betreuung bei beruflicher Tätigkeit sicherstellen sollen. Durch Wechselunterricht oder eingeschränkten Regelbetrieb können die Probleme allenfalls vermindert werden.

Bei der Befragung wurden insbesondere folgende Problemkonstellationen geschildert:

Homeoffice oder eine Flexibilisierung der Arbeitszeit sind nicht möglich oder werden vom Arbeitgeber nicht gestattet. Wenn Notangebote nicht vorhanden sind oder nicht genutzt werden können, bleibt häufig nur die Freistellung von der Arbeit. Homeoffice wird oft nur unter voller Beibehaltung des Beschäftigungsumfanges ermöglicht. Dies führt meist zu einem belastenden Spagat zwischen der beruflichen Tätigkeit und den Betreuungsaufgaben.

Durch Kurzarbeit wird der Beschäftigungsumfang reduziert oder die Beschäftigung entfällt ganz. Insbesondere bei Geringverdienern wird das Arbeitsverhältnis beendet. Dies kann sich auf die Betreuung manchmal günstig auswirken, wird aber in der Regel mit finanziellen Einbußen und nicht selten mit folgender Arbeitslosigkeit erkaufte.

Für den Fall, dass die betreuenden Angehörigen pandemiebedingt zu Hause bleiben müssen, wurden im Laufe der Pandemie sukzessive Lösungsstrategien einschließlich möglicher Ersatzleistungen entwickelt. Manche vorhandenen Regelungen wurden verbessert oder entfristet (wie z. B. Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V, Verdienstausfallentschädigung nach § 56 Abs. 1a IfSG). Diese Regelungen scheinen jedoch nicht immer bekannt zu sein oder nicht immer konsequent zur Anwendung zu kommen. Überdies greifen diese Regelungen bei geringfügig Beschäftigten oder Selbständigen nicht, ebenso, wenn behinderte Menschen nicht von den eigenen Eltern betreut werden.

Arbeiten Eltern von Schülerinnen oder Schülern im Homeoffice, hängt die Belastung auch von Umfang und Qualität vorhandener Ersatz- und anderer Unterstützungsangebote ab. Dabei brauchen insbesondere Schülerinnen und Schüler mit Behinderungen (aber nicht nur diese) bei der Nutzung von Ersatzangeboten oft erhebliche personelle Unterstützung. Die Kontaktbeschränkungen begrenzen solche Unterstützung durch Dritte (z. B. Großeltern). Assistenzleistungen fallen häufig aus.

Handlungsoptionen

- Verbesserte Information und Beratung der betroffenen Personen und ihrer Angehörigen, der sie betreuenden Dienste und Einrichtungen sowie der Arbeitgeber im Hinblick auf die Möglichkeiten der Existenzsicherung und Sicherung des Arbeitsverhältnisses, wenn Angehörige wegen Betreuungsübernahme zu Hause bleiben müssen.
- Bei der Abwägung, ob eine Freistellung im Einzelfall erforderlich ist, sind die Interessen der Personen mit Behinderungen, insbesondere der Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten, stark zu gewichten.
- Homeoffice sollte deutlich häufiger als bisher ermöglicht werden (vgl. Kap. 4.14).
- Möglichkeiten flexibler Beschäftigung (im Hinblick auf Arbeitszeit, Arbeitsumfang und -organisation) sollten verstärkt genutzt und niedrighschwellig angeboten werden. Zugleich sind die Beschäftigten dazu aufgerufen, ihnen zustehende Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen, wie z. B. das Kinderkrankengeld, ohne dass ihnen dadurch Nachteile entstehen.
- Unterstützungsleistungen für Familien, insbesondere Assistenzleistungen (inkl. Schulbegleitung bzw.-assistenz), sollten verstärkt angeboten werden.

- Ersatzangebote im Bereich des allgemeinen Bildungs- und Erziehungssystems und der beruflichen Bildung sollten die eingeschränkten Unterstützungsmöglichkeiten der Angehörigen durch deren Berufstätigkeit stärker berücksichtigen (vgl. Kap. 4.11.3).
- Es sollte darauf geachtet werden, dass die zusätzlichen Aufgaben gerecht zwischen Männern und Frauen verteilt werden. Zu prüfen ist, ob dazu seitens der Betriebe und zivilgesellschaftlicher Akteure geeignete Anreize entwickelt werden können.
- Spezifische Unterstützungsbedarfe zur Minderung der Belastung für berufstätige betreuende Angehörigen, die selbst eine Behinderung aufweisen, sind zu ermitteln und bedarfsgerecht zu decken.

4.9 Beförderung zu gesundheitsbezogenen und Teilhabeleistungen

Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Nutzung der Angebote zur Gesundheitsversorgung, der medizinischen Rehabilitation, der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung und zur sozialen Teilhabe setzen in der Regel Mobilität voraus, die die Bewältigung zumindest der Strecken zwischen Wohnung und Arbeits- oder Bildungsstätte oder dem Ort der jeweiligen Dienste und Einrichtungen ermöglicht. Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten sind zunächst wie alle Bürger und Bürgerinnen darauf angewiesen, dass die in der Pandemie notwendigen Schutz- und Hygienevorkehrungen (Mund-Nasen-Schutz (MNS), Abstandsregelungen etc.) auch während der Beförderung beachtet werden. Dies ist im eigenen PKW in der Regel gut zu gewährleisten.

Im Konsultationsprozess wurde berichtet, dass solche Schutzauflagen im ÖPNV und auch im Fernverkehr nicht immer eingehalten werden. Insofern sehen sich Menschen mit Behinderungen, insbesondere diejenigen mit hohem Krankheitsrisiko, in ihrem Recht auf Schutz ihrer Gesundheit verletzt. Sie können deshalb oft den ÖPNV nicht nutzen, zumindest wird ihnen von ärztlicher Seite davon abgeraten. Dies hat dann Konsequenzen für den Schulweg von Kindern und Jugendlichen, für den Weg zur Arbeit oder für Arzt- und Therapeutenbesuche.

Menschen mit Behinderungen sind häufig auf besondere Beförderungsmittel angewiesen. Viele Kinder in Kitas, Schülerinnen und Schüler, Beschäftigte in WfbM sowie Nutzende von Tages(förder)stätten und Studierende mit Behinderung werden von ihrer Wohnung abgeholt und dorthin zurückgebracht. Die Beförderungsdienste fielen z. T. während der Pandemie aus oder konnten - wenn die notwendigen Abstandsregeln nicht eingehalten werden konnten bzw. wenn aus gesundheitlichen Gründen oder behinderungsbedingt kein MNS getragen werden konnte- nicht oder nur eingeschränkt genutzt werden. Dadurch konnten oft die Teilhabeangebote nicht erreicht werden. Ferner standen für die Beförderung notwendige Assistenzdienste oft nicht zur Verfügung. Zahlreiche Menschen mit Behinderungen mussten zumindest zeitweise zu Hause bleiben.

Im Konsultationsprozess wurde gelegentlich von Maßnahmen berichtet, die der Sicherung der Beförderung unter Pandemiebedingungen dienten, z. B. vermehrte Zahl eingesetzter Busse oder Fahrten im ÖPNV oder in Form einer individuellen Beförderung. Auch über außerordentliche Einzelbeförderung (z. B. Taxi) wurde in Einzelfällen berichtet. Diese Einzelbeförderungen waren jedoch oftmals mit Extrakosten für die Betroffenen und Angehörigen verbunden. Die Entzerrung von Anfangszeiten stößt häufig an organisatorische Grenzen, z. B. bei Sammelbeförderung zu Förderschulen. Auch die Beförderungsdienste bei ambulanter medizinischer Rehabilitation waren zum Teil eingeschränkt.

Handlungsoptionen

Es lassen sich folgende Handlungsoptionen im Hinblick auf die Teilhabe für Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten ableiten:

- Die pandemiebedingten Infektionsschutzmaßnahmen im Nah- und Fernverkehr sind sanktionsbewehrt durchzusetzen und ihre Einhaltung ist zu kontrollieren.
- Notwendige Beförderungsassistenz sollte, unter Beachtung eines Hygienekonzeptes, auch während der Pandemie zur Verfügung stehen. Ein wegen der Einhaltung der Hygieneregeln erhöhter Bedarf an Assistenz ist ggf. zu decken.
- Leistungen der Beförderungsdienste sind auch während der Pandemie so weit wie möglich sicherzustellen. Dies kann den Einsatz zusätzlicher oder größerer Fahrzeuge oder Fahrplananpassungen ebenso wie vermehrte Individualbeförderung umfassen.
- Anfallende Kosten für eine ersatzweise notwendige Einzelbeförderung durch einen familieneigenen PKW oder Taxi sollten erstattet werden.
- Dem pauschalen Ausschluss von der Teilnahme an den Bildungs- und Teilhabeangeboten sollte insbesondere bei Zugehörigkeit der betroffenen Personen zu einer Risikogruppe durch eine sachgerechte individuelle Gefährdungsanalyse und Erarbeitung eines individuellen Beförderungskonzeptes entgegengewirkt werden. Die Möglichkeiten nach §§ 83 und 113 SGB IX sollten dabei genutzt werden.
- Falls dazu Bedarfsermittlungen und Teilhabeplanverfahren notwendig sind, sollten diese niedrigschwellig und zeitnah erfolgen. Dienste und Einrichtungen sollten dabei unterstützen. Auch vermehrter Assistenzbedarf ist dabei zu berücksichtigen.
- Zu prüfen ist, ob die Krankentransportrichtlinie des G-BA für die Zeit der Pandemie angepasst werden sollte.

4.10 Menschen mit Seh- oder Hörbeeinträchtigungen

Menschen mit Seh- oder Hörbeeinträchtigungen berichteten in der Befragung zumeist ähnliche Probleme während der Corona-Pandemie wie Menschen mit anderen Beeinträchtigungen. Menschen mit Seh- oder Hörbeeinträchtigungen hingegen sahen aber häufiger als andere Befragte besondere Probleme bei der Digitalisierung. Menschen mit Sehbeeinträchtigungen beschrieben vor allem Probleme wegen mangelnder Barrierefreiheit der Software. Für Menschen mit Hörbeeinträchtigungen ist der von anderen Personen getragene Mund-Nasen-Schutz ein besonderes Problem, weil Mimik und Lippenbewegungen nicht sichtbar und Laute schlechter hörbar sind. Zugleich machten sich Menschen mit Seh- oder Hörbeeinträchtigungen nicht häufiger Sorgen um ihre berufliche Zukunft als Menschen mit anderen Beeinträchtigungen und/oder chronischen Erkrankungen. Auch bei der Frage nach den Folgen für Beruf und Karriere sind die Unterschiede nicht auffällig.

Handlungsoptionen

- Viele der Handlungsoptionen gelten auch für Menschen mit Seh- oder Hörbeeinträchtigungen, vor allem die barrierefreie Ausgestaltung von digitaler Kommunikation, bei schulischen Angeboten, im Homeoffice und überhaupt am Arbeitsplatz sowie im Alltag.
- Im Interesse sicherer Begleitung der Menschen mit Sehbeeinträchtigungen darf es keine Betretungsverbote für ihre Begleitpersonen oder Führhunde geben. Auch sind sie noch

stärker als andere Menschen mit Behinderungen auf eine barrierefreie Soft- und Hardware angewiesen.

- Für Menschen mit Hörbeeinträchtigungen ist bei digitaler Kommunikation eine gute akustische Qualität wichtig. Es ist zu prüfen, ob durch andere Maßnahmen der Infektionsschutz so gewährleistet werden kann, dass das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes nicht notwendig ist, z. B. bei Team-Besprechungen. Bei Bedarf muss beeinträchtigungsspezifische Hard- und Software zur Verfügung stehen, ggf. auch eine Zuschaltung von Ferndolmetschern (Schriftdolmetschern) und die Nutzung von Spracherkennungssystemen sollte ermöglicht werden.

4.11 Anpassung und Weiterentwicklung der Konzepte der Dienste und Einrichtungen

Die Corona-Pandemie und ihre Bekämpfung verlangen von den Diensten und Einrichtungen erhebliche Anpassungen und Weiterentwicklungen ihrer Konzepte. Darauf wird in den folgenden Abschnitten eingegangen, getrennt für die medizinische Rehabilitation, die berufliche Rehabilitation, Bildung und Erziehung sowie die Leistungen zur Sozialen Teilhabe.

4.11.1 Medizinische Rehabilitation

Im Rahmen der Corona-Pandemie war – das ergibt sich übereinstimmend aus den Äußerungen der Betroffenen selbst, der Vertreter der Leistungsanbieter und der Leistungsträger – die Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation durch Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und chronischen Erkrankungen erheblich eingeschränkt. Dies betraf insbesondere die ambulante und die stationäre Rehabilitation. Ein wesentlicher Grund dafür war, dass viele der Personen mit Reha-Bedarf für sich ein zu hohes Infektionsrisiko durch die Teilnahme an einer Rehabilitation sahen; sie befürchteten aufgrund einer besonderen Gefährdung im Falle einer Infektion einen schweren Krankheitsverlauf. Viele stellten daher trotz ärztlicher Empfehlung keinen Reha-Antrag. Selbst bewilligte Rehabilitationsleistungen wurden von rund jedem vierten Befragten nicht begonnen oder vorzeitig abgebrochen. Nur bei ca. 40 % derjenigen, deren Reha-Anträge genehmigt wurden, konnte die Rehabilitation ohne wesentliche Verzögerung und Einschränkungen durchgeführt werden. Als starke Einschränkungen wurden vor allem die Schutz- und Hygienemaßnahmen, verkürzte, ungenügend intensive Therapien und reduzierte Therapiemöglichkeiten (z. B. Bewegungsbad, Sport) genannt. Über die Hälfte der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden konnten aus ihrer Sicht ihre Rehabilitationsziele nur eingeschränkt oder gar nicht erreichen. Wie die betroffenen Menschen selbst oder ihre Angehörigen berichteten, führten Ausfall, vorzeitiger Abbruch oder starke Einschränkungen der Rehabilitation bei über zwei Dritteln dazu (68 %), dass sich ihre Mobilität oder Alltagsbewältigung verschlechtert bzw. nicht verbessert hatten. Dies hatte zur Folge, dass sie nun in ihrem familiären und sozialen Leben beeinträchtigt waren (31 %), sie nicht mehr ihren beruflichen Anforderungen gewachsen (33 %) und/oder auf Dauer auf fremde Hilfe und Unterstützung angewiesen waren (19 %).

Die Leistungserbringer berichteten drastische Belegungsrückgänge für den Zeitraum März bis Oktober 2020, in der stationären Rehabilitation von durchschnittlich 25 bis 30 %, in der ambulanten Rehabilitation durchschnittlich über 50 %. Weitere wesentliche Ursachen für den Rückgang der stationären und ambulanten Rehabilitation waren behördliche Vorgaben (v. a. geforderte Vorhaltung von Quarantänebereichen und von Auffangeinheiten für Corona-Infizierte bei

ev. erschöpften Krankenhauskapazitäten), Reduzierung der Behandlungsplätze aufgrund räumlicher Einschränkungen und eines erhöhten Personalbedarfs sowie Corona-Infektionen bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und beim Personal. Bei der ambulanten Rehabilitation kam das Fehlen von Beförderungsmöglichkeiten, die den Hygieneanforderungen genügen, hinzu; Einzeltransporte standen oft nicht zur Verfügung oder wurden nicht finanziert. In der mobilen Rehabilitation ging die Auslastung nur in den ersten Monaten der Pandemie zurück. Der Zugang zu Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in stationären Pflegeeinrichtungen war anfangs gar nicht, in den Folgemonaten nur sehr eingeschränkt möglich.

Mehrheitlich teilten die Leistungserbringer in der Online-Befragung die Auffassung, viele Menschen mit besonderen Beeinträchtigungen hätten trotz vorliegender Reha-Indikation keine Rehabilitationsleistungen erhalten bzw. diese nicht angetreten. Neben Menschen mit einem hohen Infektionsrisiko betraf dies aus ihrer Sicht vor allem Menschen mit psychischen Störungen, mit vorbestehenden (schwereren) Behinderungen, auch Mehrfachbehinderungen, mit chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit. Die Umsetzung der Schutz- und Hygienemaßnahmen machten die Änderung der Reha-Konzepte notwendig; dazu gehörten u. a. die Veränderung der Aufnahmekriterien, fast nur noch Kleingruppenangebote, mehr Einzeltherapien und telefonische Beratungen, aber auch die Integration von digitalen Angeboten wie Videovorträge und -beratung. Dabei mussten zugleich erhebliche Einschränkungen der Therapiemöglichkeiten (Gruppentherapien, Sport und Wasseranwendungen) hingenommen werden. Dennoch kam die große Mehrheit der Leistungserbringer zu der Einschätzung, dass die erreichbaren Reha-Ziele trotz dieser Einschränkungen im Wesentlichen erreicht wurden.

Die pandemiebedingten Einschränkungen in allen Bereichen des Gesundheitswesens erschwerten Nachsorge und Weiterbehandlung der Patientinnen und Patienten, die zur Sicherung der Reha-Erfolge von großer Bedeutung sind. Die Vermittlung in (fach-)ärztliche und vor allem psychotherapeutische Weiterversorgung gestaltete sich schwierig. Die weitere Versorgung mit Heilmitteln, mit Funktionstraining und Rehabilitationssport konnte oft über mehrere Monate nur schwer oder gar nicht realisiert werden. Bei der Hilfsmittelversorgung kam es häufig zu Verzögerungen. Die Nachsorgeangebote der Rentenversicherung und die Suchtnachsorge standen nur begrenzt oder gar nicht zur Verfügung. Versuche, die Defizite durch Online-Nachsorge auszugleichen, waren nur teilweise erfolgreich; sie wurden insgesamt eher skeptisch beurteilt. Auch der Übergang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben war erschwert.

Ersatzangebote für ausgefallene bzw. nicht angetretene Rehabilitation gab es den vorliegenden Ergebnissen nach bis zum Zeitpunkt der Befragung nicht. Angesichts der Einschränkungen bei Heilmittelversorgung, Funktionstraining, Rehabilitationssport und anderen Leistungen der Gesundheitsversorgung gehen Expertinnen und Experten deshalb von einer Unterversorgung derjenigen aus, die trotz bestehenden Reha-Bedarfs keine Rehabilitation erhalten haben. Digitale Angebote waren nur in Ansätzen realisiert; nach vorliegenden Einzelaussagen wurden diese Angebote zwar begrüßt, aber (zumindest in der angebotenen Form) nicht als ausreichender Ersatz angesehen.

Die Leistungserbringer sahen für das Jahr 2021 zwar einen Mehrbedarf nachzuholender Reha-Leistungen, insbesondere im Bereich der psychischen, neurologischen und pulmonologischen Erkrankungen, nicht zuletzt auch wegen des hohen Reha-Bedarfs von Covid-19-Patientinnen und Patienten. Sie schätzten aber die Entwicklung der Pandemie eher pessimistisch ein und prognostizierten aufgrund pandemiebedingter Schutzmaßnahmen und Restriktionen für das Jahr 2021 eine Fortdauer der Minderbelegung in der stationären und ambulanten Rehabilitation.

Diese Sichtweise wird durch die finanzielle Situation der Reha-Einrichtungen unterstrichen. Die Leistungserbringer sehen die Einrichtungen mehrheitlich zwar nicht in ihrer Existenz gefährdet, sie gaben aber fast alle für das Jahr 2020 „sehr hohe“ bzw. „hohe“ Verluste an. Die Ursachen liegen neben den Mindererlösen vor allem im coronabedingten Mehraufwand. Diese Verluste wurden durch die Ausgleichszahlungen (hierunter auch der Corona-Zuschlag und Kurzarbeitergeld) nicht ausreichend abgedeckt. In der Konsequenz sahen sie sich daher mehrheitlich mit der Notwendigkeit von Schließungen oder Verkleinerungen der Einrichtungen und Dienste konfrontiert und in ihren finanziellen Spielräumen bei steigenden Kosten weiter eingeschränkt. Sie befürchteten Qualitätseinbußen und Verschlechterungen der Versorgungssituation vor allem für Menschen mit stärkeren Beeinträchtigungen. Innovationen anzugehen, hielten sie für sehr schwierig. Auch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wurden vielfach ausgesetzt. Mehrheitlich sind sie der Meinung, dass unter Corona-Bedingungen die Rehabilitation im Verhältnis zur Akutmedizin zurückstehen musste und in ihren Möglichkeiten eingeschränkt bleibt. Sie hielten es nicht für möglich, ausgefallene Reha-Leistungen generell nachzuholen.

Als kurz- und langfristige Herausforderung sahen sie den Personalmangel, der sich durch die psychischen Belastungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rahmen der Pandemie noch weiter zuzuspitzen drohe. Um dem pandemiebedingten Personalschwund entgegenzuwirken, forderten sie perspektivisch bessere Arbeitsbedingungen, vor allem durch mehr Personal und eine bessere Vergütung.

Aufgrund dieser vielfältigen Probleme muss bezweifelt werden, dass indizierte Rehabilitationen, die im Rahmen der Corona-Pandemie nicht durchgeführt werden konnten, mit gleichem Ergebnis nachgeholt werden können. Bei vielen Betroffenen dürfte das Zeitfenster für die erfolgreiche Durchführung einer Rehabilitation verpasst sein. Beim Ausfall von indizierten Rehabilitationsleistungen im dargestellten Umfang muss befürchtet werden, dass als Konsequenz der Corona-Pandemie eine relevante Zahl von Betroffenen bleibende und stärker ausgeprägte Beeinträchtigungen behalten werden, die ohne die coronabedingten Restriktionen hätten vermieden werden können.

Handlungsoptionen

Zugang zur medizinischen Rehabilitation:

- Der Zugang zur medizinischen Rehabilitation sollte auch unter Pandemiebedingungen ohne Einschränkung des Angebotsspektrums für Menschen mit psychischen Erkrankungen, intellektuellen Beeinträchtigungen, Mehrfachbehinderungen oder Pflegebedürftigkeit aufrechterhalten werden. Für ambulante und tagesklinische Reha-Angebote müssen pandemiegerechte Beförderung (ggf. auch Einzelbeförderung) einschließlich deren Finanzierung sichergestellt werden.
- Aufrechterhaltung aller stationären, ambulanten und mobilen Rehabilitationsangebote ohne Zugangshindernisse.

Rehabilitationskonzept:

- Die Leistungserbringung und die Reha-Konzepte müssen so angepasst werden, dass sie sowohl dem Reha-Bedarf von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen als auch den Anforderungen der Pandemiebekämpfung gerecht werden. Dabei sollten den Leistungserbringern mehr Spielräume für die Entwicklung tragfähiger und flexibler Konzepte zugestanden werden, um Rehabilitationsleistungen auch unter Corona-Bedingungen in möglichst guter Qualität und möglichst hoher Zahl zu ermöglichen.

- Digitale Angebote (telemedizinische Angebote, Videosprechstunden, Videotherapien) sind vermehrt zu nutzen.
- Auch für Menschen mit einem hohen individuellen Risiko für einen schweren Verlauf einer Corona-Infektion müssen angemessene rehabilitative Leistungen zur Verfügung stehen, gegebenenfalls als Mobile Rehabilitation, wenn diese von der Versorgungssituation her durchgeführt werden kann.
- Für die medizinische Rehabilitation nach einer Covid-19-Erkrankung mit schwerem Verlauf (Beatmung) oder bei Long-Covid (Fatigue, neuropsychologische Beeinträchtigungen u. a.) sind spezifische Reha-Konzepte – auch für Kinder und Jugendliche – zu entwickeln und entsprechende Reha-Kapazitäten auf- bzw. auszubauen.
- Stationäre Rehabilitationseinrichtungen müssen Konzepte für die Rehabilitation Corona-positiv getesteter Patientinnen und Patienten entwickeln, die (z. B. nach Schlaganfall) dringend eine Rehabilitation brauchen.

Hygiene- und Schutzmaßnahmen:

- Die Dienste und Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation brauchen angepasste Schutz- und Hygienekonzepte einschließlich Teststrategien und individualisierter Schutzkonzepte. Isolierung und Kontaktbeschränkungen sind auf das Notwendige zu beschränken.
- Regelmäßige und gezielte Testungen von Rehabilitanden und Personal sind als integraler Bestandteil der Schutzmaßnahmen zu etablieren und aufwandsdeckend zu finanzieren.
- Bei nachweislich besonders hohem individuellem Risiko für einen schweren Verlauf im Falle einer Corona-Infektion müssen individuell modifizierte Schutzmaßnahmen ergriffen werden.
- Bei der Anpassung der Räumlichkeiten, der Abläufe und der Behandlungskonzepte an pandemiebedingte Hygieneerfordernisse sind die Bedürfnisse und Belange der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Behinderungen zu berücksichtigen.
- Frühzeitige Gefährdungsbeurteilung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen sind durchzuführen und Vereinbarungen von Schutzvorkehrungen unter Einbezug von Schwerbehinderten- und Personalvertretungen sind zu treffen.

Finanzielle Sicherheit – Personalmangel:

- Mindererlöse und Mehrkosten müssen zeitnah finanziell ausgeglichen werden, um existenzgefährdende und qualitätsmindernde strukturelle Folgen für die Reha-Angebote zu verhindern.
- Die Mehrkosten infolge erforderlicher Schutz- und Hygienematerialien, räumlicher und technischer Anpassungsmaßnahmen sowie der zusätzlichen Personalkosten durch höheren Personaleinsatz bei den Therapien, der Gewährleistung der Schutz- und Hygienemaßnahmen und der Besuchersteuerung müssen vollständig finanziert werden.
- Auch unter Pandemiebedingungen sind auf Langfristigkeit angelegte Personalentwicklungskonzepte, verbesserte Arbeitsbedingungen und adäquate Vergütungen notwendig, um qualifiziertes Personal halten und gewinnen zu können.

Regelungen:

- Anordnungen, Regelungen und Hinweise der Gesundheitsbehörden und anderer staatlicher Stellen zum Umgang mit der Corona-Pandemie sollten angemessen, einheitlich und in sich nicht widersprüchlich sein; diese Anforderung gilt über die Bundes-, Länder- und regionalen Ebenen hinweg.

Ersatzangebote für nicht durchführbare Rehabilitationsleistungen:

- Wenn die Durchführung einer indizierten Rehabilitation nicht möglich ist, sollte eine „zweitbeste“ Lösung in Form einer intensivierten, gegebenenfalls kombinierten und gut koordinierten Heilmittelversorgung (längere Dauer der Therapieeinheiten, mehrmals pro Woche) realisiert werden. Diese Leistungen sollten als Reha-Ersatzleistung von der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Vertragsärzte ausgenommen werden. Funktionstraining und Rehabilitationssport sollten ebenfalls als Ersatzangebote, angeboten und verordnet werden.
- Konnten Rehabilitationsmaßnahmen nicht durchgeführt werden und ist deren Nachholung nicht möglich, sollten ebenfalls eine kombinierte und gut koordinierte Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie Funktionstraining und Rehabilitationssport ergänzt um ärztliche und ggf. psychotherapeutische Maßnahmen intensiviert zur Anwendung kommen.
- Digitale Therapie-, Beratungs- und Sprechstundenangebote sind während der Pandemie verstärkt anzubieten und weiterzuentwickeln.
- Mobile Rehabilitation ist als Alternative zu einer stationären oder ambulanten Rehabilitation einzubeziehen.

Nachsorge und Weiterbehandlung nach der Rehabilitation:

- Bedarfsgerechte Nachsorge und Weiterbehandlung muss für Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen auch unter Pandemiebedingungen umfassend gewährleistet sein, u. a. durch Ausbau digitaler Therapie-, Beratungs- und Sprechstundenangebote durch die nachsorgenden Einrichtungen und Dienste sowie durch die Reha-Einrichtungen.
- Ausbau digitaler Therapie-, Beratungs- und Sprechstundenangebote durch die nachsorgenden Einrichtungen und Dienste sowie die Reha-Einrichtungen.
- Familien, die Pflegebedürftige nach einer stationären Rehabilitation aufnehmen bzw. betreuen, um Heimaufnahmen zu vermeiden, sind adäquat zu unterstützen.
- Die zeitnahe Rücknahme von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern aus stationärer Rehabilitation in die Pflegeeinrichtungen muss grundsätzlich gewährleistet sein. Pandemiebedingte Verzögerungen müssen Ausnahmesituationen (z. B. akuter Corona-Ausbruch in einer Pflegeeinrichtung) vorbehalten sein.

4.11.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – berufliche Rehabilitation

Infolge der Corona-Pandemie stehen auch die Dienste und Einrichtungen, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen, vor großen Herausforderungen. Auch hier wurden Einrichtungen zeitweilig ganz oder teilweise geschlossen. Die bisherigen Präsenzangebote konnten – wenn überhaupt – nur unter großem Aufwand fortgeführt werden, da die Schutzvorschriften eingehalten werden mussten. Bisherige Einrichtungskonzepte mussten und müssen angepasst, neue Konzepte entwickelt werden. Die berufliche Bildung wird in erheblichem Umfang

digitalisiert. Das hat Vor- und Nachteile, die sich auch von Person zu Person, von Handlungsfeld zu Handlungsfeld, von Beeinträchtigung zu Beeinträchtigung stark unterscheiden. Der organisatorische, materielle, personelle und finanzielle Aufwand wurde thematisiert. Bei Bedarf musste eine Notbetreuung organisiert werden. All das hatte erhebliche Auswirkungen auf die Teilhabechancen von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen.

Für viele Beschäftigte in Werkstätten für behinderte Menschen brach bei angeordneten Schließungen mit dem Werkstattbesuch auch die Tagesstruktur weg, mit erheblichen psychosozialen Folgen für sie selbst und ihre Familien. Die wirtschaftliche Situation ist infolge verminderter Einnahmen und vermehrter Ausgaben der Dienste und Einrichtungen zum Teil sehr kritisch. Rund 10 % der Dienste und Einrichtungen sehen sich in ihrer Existenz bedroht. Die Versorgungsstrukturen für die berufliche Rehabilitation sind nach Einschätzung vieler Leistungsträger von den Auswirkungen der Corona-Pandemie erheblich betroffen.

Handlungsoptionen

Die Handlungsoptionen beziehen sich sowohl auf die Anpassung der Einrichtungskonzepte an die Bedingungen einer Pandemie allgemein als auch auf Ersatzangebote und die Digitalisierung der beruflichen Bildung.

- Sicherung des Zugangs zum Arbeitsmarkt über Bewusstseinsbildung, Förderinstrumente und die Ausgleichsabgabe sowie andere gezielte Maßnahmen.
- Berufsbezogene Informations- und Beratungsangebote, z. B. durch die Arbeitsagenturen oder die Integrationsfachdienste, dürfen nicht eingeschränkt werden.
- Berufs(feld)bezogene Informationsangebote sind auch während der Pandemie zu realisieren, ggf. über digitale Angebote.
- Aufrechterhaltung der Präsenzangebote durch die Dienste und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, mit entsprechendem Hygienekonzept, so weit wie möglich.
- Seitens der Leistungsträger Beratung und Unterstützung bei und Erlaubnis zur flexiblen Anpassung von Konzepten und Arbeitsorganisation im Hinblick auf die pandemiebedingten Herausforderungen. Das setzt Vertrauen in die Kompetenz der Dienste und Einrichtungen ebenso voraus wie die Vergütung des Aufwandes für diese Entwicklungsprozesse.
- Schaffung der Voraussetzungen für die Digitalisierung (vgl. Kap. 2.4 Digitalisierung). Dabei Vermeidung von Überforderung der Beschäftigten und der Nutzerinnen und Nutzer durch „Turbo-digitalisierung“.
- Nicht nur für Schulen ist ein Digitalpakt notwendig, sondern analog auch für berufliche Rehabilitationseinrichtungen. Erarbeitung von Konzepten digitaler beruflicher Bildung für Menschen mit Behinderungen, für die bislang die Nutzung des Internets nicht möglich erscheint (mit Anleitung, Unterstützung, Assistenz usw.).
- Begrenzte Voraussetzungen und besondere Bedarfe bei den Betroffenen sind zu berücksichtigen (Hardware, Software, Internetzugang, IT-Erfahrung/-Kompetenz, Barrierefreiheit). Notwendige Ausstattung, Anleitung, Unterstützung, Assistenz, Leistungen müssen im Teilhabeplanverfahren geklärt und Bestandteil des Teilhabeplanes sein.
- Entwicklung geeigneter Ersatzangebote auch in Bereichen, in denen die vermehrte Nutzung von Digitalisierung keine probate Lösung darstellt.
- „Lernzimmer“ für Tagespendler in Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken.

- Ausreichende Vergütung der Ersatzangebote (und des Aufwands für deren Optimierung) durch die Leistungsträger.

4.11.3 Bildung und Erziehung

Aus dem Konsultationsprozess lassen sich folgende Ergebnisse für den Bereich Bildung und Erziehung formulieren:

Präsenzveranstaltungen sind häufig ausgefallen. Notangebote standen nicht ausreichend zur Verfügung. Menschen mit Behinderungen wurden z. T. bei der Inanspruchnahme von Notbetreuung benachteiligt. Die Notbetreuung wurde außerdem teilweise durch nicht hinreichend qualifiziertes Personal durchgeführt.

Ersatzangebote sind für die Umsetzung des Rechtes auf Bildung von Kindern und Jugendlichen, auch bei Wechselunterricht oder Hybridlernen, von entscheidender Bedeutung. Trotzdem wurden sie manchmal gar nicht, überwiegend nur sehr eingeschränkt angeboten und genutzt, sei es wegen mangelnder Verfügbarkeit von digitalen Medien, sei es auf Grund unzureichender Nutzungs- und Unterstützungskompetenz der Lehrkräfte einerseits, der Schülerinnen und Schüler bzw. Studierenden andererseits. Davon sind manche Menschen mit Behinderungen verstärkt betroffen, u. a. durch mangelnde Barrierefreiheit der Ersatzangebote. Das breite Spektrum grundsätzlich möglicher Ersatzangebote wurde von den Bildungseinrichtungen häufig nicht ausgereizt und, wenn vorhanden, z.T. von den Familien aus verschiedenen Gründen nicht in Anspruch genommen (Empfehlung des Arztes, Wegfall des Beförderungsdienstes etc.). Auch wurden mögliche zusätzliche Unterstützungsangebote von den betroffenen Personen bzw. Familien oftmals nicht beantragt. Bewilligte Schulbegleitung und Assistenz fielen häufig aus. Vorhandene Assistenzkräfte sind oftmals nicht qualifiziert, um die Schüler und Schülerinnen beim Lernen selbst zu unterstützen.

Ersatzangebote können negative Folgen des Präsenzausfalles in vielfacher Hinsicht nicht kompensieren. Auch hiervon sind Menschen mit Behinderungen besonders betroffen, wenn sie beispielsweise eine spezielle Lernunterstützung oder Betreuung in ihrer Freizeit benötigen. Ersatzangebote können insbesondere die sozialen Kontakte für Vorschul- und Grundschulkin- der sowie Kindern und Jugendlichen mit schweren und sehr schweren Behinderungen nicht ersetzen.

Frühförderung und Therapien fanden häufig nicht statt, wenn sie sonst in Bildungseinrichtungen angeboten werden, in denen die Präsenzbetreuung (Kita) oder der Präsenzunterricht ausfielen. Ersatzweiser Hausbesuch wurde kaum realisiert. Demzufolge wurden deutliche Verschlechterungen des Gesundheitszustandes berichtet. Diese betreffen u. a. die sprachliche und sozioemotionale Entwicklung, kommunikative Fähigkeiten und psychosoziale Kompetenzen (z. B. auch in den Abschlussklassen). Vorhandene psychische Erkrankungen werden verstärkt.

Bildungsverläufe wurden häufig beeinträchtigt. Die Gewährung von Nachteilsausgleichen funktionierte nicht immer.

Da vom Bildungssystem auf Grund der Dominanz gruppenbezogene Unterrichtsformen bislang nur wenig individualisierte Unterstützungsformen bereitgehalten werden, wurde berichtet, dass es häufig nicht gelang, Lernende in besonders schwierigen Lebenslagen zu erreichen.

Durch den Ausfall von Präsenzveranstaltungen und die sonstigen pandemiebedingten Einschränkungen fehlten informelle Kommunikation, Begegnungen, Peergroup-Kontakte und die

Pflege der zwischenmenschlichen Beziehungen. Vereinsamung wurde als bedeutsames Problem geschildert (v. a. auch für Studierende).

In der Corona-Pandemie zeigte sich deutlich, dass auf die Heterogenität der Bedarfslagen von jungen Menschen bei der Gestaltung des Distanzlernens unzureichend reagiert wurde, insbesondere auch bei Vorliegen von Beeinträchtigungen. Vereinzelung durch den Distanzunterricht, Einschränkungen des sozialen Miteinanders und die Barrieren in den digitalen Lehr-Lern-Settings verstärkten für viele junge Menschen die Einschränkungen von Teilhabe an Bildung. Individualisierte Angebotsformen der Beratung und Unterstützung, insbesondere von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und Benachteiligungen, sind konzeptionell noch wenig entwickelt und erprobt. Daraus folgt auch eine eingeschränkte Bildungsteilhabe junger Menschen, die im Lernen auf Beratung und Unterstützung angewiesen sind. Dabei stellt sich zudem die Frage nach den notwendigen Kompetenzen der Assistenzkräfte, wenn diese im Distanzunterricht Aufgaben der Lehrkräfte übernehmen sollen.

Insbesondere die Langzeitfolgen für Kinder und Jugendliche sind zur Zeit schwer abschätzbar. Von Experten wird befürchtet, dass Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen, bei denen die vorhandenen Förderfaktoren im Bildungssystem ausreichen, um im Regelbetrieb erfolgreich an Bildung teilhaben zu können, nunmehr durch die in der Pandemie zusätzlich erworbenen Defizite auf weitere und umfassendere Förderung angewiesen sind, damit sie den Anschluss nicht verlieren, also ihre Teilhabe an Bildung nicht beeinträchtigt wird. Hier ist noch unklar, wie diese bereitgestellt werden können.

Hier wird die Gefahr gesehen, dass ihnen eine Lernbehinderung (im schulrechtlichen Sinne) oder gar eine wesentliche Behinderung i. S. von Teil II SGB IX zugeschrieben wird, damit eine entsprechende Förderung in der Schule im vorhandenen System oder durch die Eingliederungshilfe organisiert werden kann. Ein solches „Labeling“ bedeutet aber erhebliche Nachteile im Hinblick auf die weitere Gestaltung des Bildungsverlaufes. Stattdessen sind gesamtgesellschaftliche und ganzheitliche Strategien zur Optimierung der Förderfaktoren für Kinder mit Beeinträchtigungen (vgl. Teilbericht Bildung und Erziehung), die im Sozialraum und nicht nur im Subsystem Schule stattfinden, erforderlich (z. B. intensiverte Nachmittagsbetreuung, Vereinsleben, Ferienfreizeiten). Hier bedarf es einer übergreifenden Strategie, die über das Subsystem Schule hinausgeht.

Handlungsoptionen

- Die Notbetreuung ist auszubauen und eine Benachteiligung von Schülerinnen und Schülern sowie Studierenden mit Behinderungen ist dabei konsequent zu vermeiden, auch im Rahmen beruflicher Bildung. Dazu können auch besondere Lernräume gehören, die in Präsenz genutzt werden können, ggf. mit Lehrkraft oder Assistenz.
- Für die Bewältigung der zusätzlichen, durch Ausfälle oder Homeschooling bedingten Betreuungsaufgaben durch die Angehörigen und die Familien sind die notwendigen Unterstützungsangebote bereitzustellen (z. B. Assistenz).
- Für üblicherweise an Präsenzangebote gebundene Therapien, Frühförderung und Hilfsmittelversorgung sollten Ersatzangebote vorwiegend als Hausbesuche vorgesehen werden.
- Es ist ein umfangreiches Spektrum an Ersatzangeboten vorzuhalten und bei Bedarf einzusetzen: insbesondere Videokonferenzen, personenbezogene Angebote in Form telefonischer Einzelberatung, Hausbesuche von Lehrkräften sowie Assistenz/qualifizierter

Schulbegleitung in häuslicher Umgebung u. a. Für eine Qualifizierung von Assistenzkräften im Hinblick auf die Unterstützung des Lernens und des Unterrichts ist auch unabhängig von der Pandemie ein Konzept zu entwickeln.

- Schaffung der Voraussetzungen für Ersatzangebote (vgl. Kap. 2.4 Digitalisierung) einschließlich Qualifizierung und umfassender Barrierefreiheit unter besonderer Berücksichtigung von Menschen mit Behinderungen in prekären Lebenslagen (u. a. Finanzierung).
- Nutzung genehmigter Schulassistenz zu Hause; Unterstützung bei der Antragstellung bei pandemiebedingtem erhöhten Assistenzbedarf durch die Bildungseinrichtungen.
- Verbindliche Vereinbarung der Teilnahme an virtuellen Arbeits- oder Projektgruppen. Zur Bewältigung von Lernschwierigkeiten und zur Vermeidung von Vereinsamung kann eine gezielte Förderung der informellen Kommunikation innerhalb der Peergroup auch über soziale Netzwerke beitragen. Niedrigschwellige Kommunikation zwischen Erziehungs- und Lehrkräften.
- Anpassung der finanziellen Ausstattung und der personellen Ressourcen an die pandemiebedingten zusätzlichen Aufgaben, v. a. im Hinblick auf individuelle Angebote.
- Besondere Schutz- und Unterstützungsbedürfnisse insbesondere von Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen (vor allem Hören und Sehen), mit Autismus-Spektrum-Störungen, mit geistiger Behinderung, Schwerstmehrfachbehinderung, aber auch Grundschülerinnen und -schüler mit Lernbehinderungen bzw. Teilleistungsstörungen sind zu berücksichtigen.
- Konzeptionelle Weiterentwicklung der Sonderpädagogik sowie der Bildungskonzepte u. a. im Hinblick auf spezifische, personbezogene Unterstützungsbedarfe.
- Pädagogische und psychologische Einzelberatung zu pandemiebedingten Problemen und Krisen sollten niedrigschwellig und zeitnah verfügbar gemacht werden.
- Die in Aussicht gestellten Mittel zur Bekämpfung der Pandemiefolgen bei Schülerinnen und Schülern sollten für eine ganzheitliche Entwicklungsunterstützung bei Kindern und Jugendlichen genutzt werden und im nahen Sozialraum der Familien zur Verfügung stehen. Umfassende, auch individuelle Förderangebote sollten bereitgestellt werden, auch ohne dass die Schülerinnen und Schüler als lernbehindert im schulrechtlichen Sinne klassifiziert werden.
- Besondere Aufmerksamkeit ist den Schülerinnen und Schülern und ihren Familien zu widmen, bei denen Exklusionsrisiken auf Grund von funktionellen Beeinträchtigungen und prekären Lebensverhältnissen kumulieren.

4.11.4 Soziale Teilhabe

Die soziale Teilhabe von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen hat im Zuge der Corona-Pandemie deutliche Einschnitte erfahren. Die ermittelten Ergebnisse aus der Perspektive der betroffenen Personen, Angehörigen, Dienste und Einrichtungen, Leistungsträger und Akteure der Zivilgesellschaft weisen übereinstimmend auf erhebliche Rückschritte bei der Zielerreichung einer inklusiven Gesellschaft hin.

Mehr als die Hälfte der befragten Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen fühlte sich durch die Pandemie ausgegrenzt oder in der sozialen Teilhabe beeinträchtigt, und zwar in mindestens einem der folgenden Bereiche: Wohnen und Alltagsleben, Freizeit, Arbeit und Beruf, Partnerschaft und Freunde, Bildung.

Von Behinderungen betroffene oder bedrohte Menschen fühlten sich zunehmend beeinträchtigt oder ausgegrenzt durch eingeschränkte Freizeitaktivitäten, wegfallende soziale Kontakte und Besuchsbeschränkungen, insbesondere wenn sie in Einrichtungen leben. Zu den schon bestehenden Einschränkungen kommen pandemiebedingt psychische Beeinträchtigungen hinzu, psychische Erkrankungen verschlechtern sich häufig. Hinzu können finanzielle Belastungen auftreten, die das Gefühl der Ausgrenzung verstärken. Die Teilhabe am Arbeitsleben war für manche durch Arbeit im Homeoffice erleichtert, verringerte aber die Möglichkeit sozialer Kommunikation. Der Assistenzbedarf hat zudem zugenommen. Außerdem wurden die Bürokratie und die lange Bearbeitungsdauer von Anträgen vielfach bemängelt.

Bei Menschen, die auf besondere Unterstützung durch Dienste und Einrichtungen angewiesen sind, führte der Wegfall von Assistenzleistungen im Zuge der Corona-Pandemie zu deutlichen Beeinträchtigungen der sozialen Teilhabe. Einrichtungen (wie Kita, Schule, Hochschule) konnten häufig nicht mehr besucht werden und die Ausübung der Berufstätigkeit oder einer Beschäftigung (WfbM) war nicht möglich; weitere tagesstrukturierende Angebote wie Tages(förder)stätten, Freizeitangebote der Vereine etc. waren zeitweise vollständig oder teilweise geschlossen bzw. abgesagt.

Dadurch waren Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige in hohem Ausmaß belastet. Auch ausgeprägte psychische Belastungen (Überforderung, Isolation, Einsamkeit, Depressionen, Ängste, Zunahme häuslicher Gewalt usw.) wurden berichtet. Die Möglichkeiten zur Notbetreuung wurden als nicht ausreichend angesehen.

Aus den Antworten, v. a. auf die offenen Fragen, wird deutlich, dass es zum Verlust oder zu erheblichen Einschränkungen der sozialen Beziehungen und der elementaren Kommunikationsmöglichkeiten sowie zu Vereinsamung kam. Im öffentlichen Raum wurde die Rücksichtnahme auf die Schutzbedürfnisse sowie in den verschiedenen Settings die Einhaltung der Hygieneregeln vermisst. Dies wurde als bedrohlich oder ausgrenzend erfahren. Das betrifft insbesondere Menschen, die wegen ihrer Behinderung oder Erkrankung keinen Mund-Nasen-Schutz tragen können.

Die Besuchseinschränkungen in Einrichtungen und Kontaktbeschränkungen innerhalb von Einrichtungen haben Betroffene und Angehörige schwer belastet. Dies gaben die Befragten-Gruppen der Betroffenen, Angehörigen, Dienste und Einrichtungen für Leistungen zur sozialen Teilhabe sowie Akteure der Zivilgesellschaft übereinstimmend an. Es wurden offenbar nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft, durch besondere Schutzvorkehrungen besonders wichtige soziale Kontakte zu ermöglichen. Zu neuen Optionen durch Test- und Impfstrategien liegen aus der Befragung noch keine Informationen vor.

Zugleich wurden in manchen Wohneinrichtungen eine deutliche Entspannung und Intensivierung der Beziehungen unter den Bedingungen der Isolation beschrieben. Teilweise konnten Mitarbeitende aus Werkstätten, Tagesförderstätten oder Fachdiensten in den Wohngruppen zeitweilig zur Tagesgestaltung eingesetzt werden, vor allem, wenn sie zum gleichen Träger gehörten. Davon wurde jedoch offenbar nicht regelhaft Gebrauch gemacht.

Therapeutische Leistungen fielen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen trotz eines dringenden Bedarfes und trotz vorhandener Schutzkonzepte oft aus. Dies zog häufig Verschlechterungen von Mobilität und Alltagskompetenz nach sich und beeinträchtigte die Teilhabe der betroffenen Menschen noch weiter. Rückschritte bei mühsam erworbenen Kompetenzen wurden oft beobachtet.

Reha-Träger berichteten von überwiegend erheblichen Erschwernissen bei der Kontaktaufnahme mit den Leistungsberechtigten, der Bearbeitung von Anträgen und der Umsetzung der

Teilhabeplanung. Anträgen auf pandemiebedingte zusätzliche Leistungen wurde nach Angaben der Leistungsträger überwiegend stattgegeben. Die Defizite bei den Assistenzleistungen sind insofern vermutlich zu einem erheblichen Teil durch das Fehlen von Anträgen begründet. Dies liegt u. a. auch daran, dass bei den betroffenen Personen und oft auch ihren Bezugspersonen (einschl. ihrer professionellen Betreuungspersonen) keine oder nur wenige Kenntnisse zu möglichen Leistungen vorhanden waren. Das gilt insbesondere für Menschen, die bislang keine Unterstützungsleistungen bezogen haben. Betroffene Personen berichten aber auch, dass Leistungen nicht oder nicht im beantragten Umfang genehmigt wurden. Durch die fehlenden persönlichen Kontakte und die eingeschränkte Erreichbarkeit von Ansprechpartnern in den Behörden war auch der Informationsfluss beeinträchtigt.

Aus allen Adressatengruppen wurden Schwierigkeiten bei der Umsetzung des BTHG bereits vor der Pandemie berichtet. Diese haben sich durch die Pandemie verstärkt. Die Umsetzung des BTHG sei praktisch ausgebremst, auch Rückschritte werden befürchtet. Diese oft allgemeinen Aussagen wurden jedoch meist nicht detailliert erläutert.

Handlungsoptionen

Bereich Soziales Leben / Zwischenmenschliche Beziehungen:

- Ermöglichung menschlicher Nähe und Aufrechterhaltung zwischenmenschlicher Beziehungen für Menschen mit Behinderungen, Pflegebedarf und chronischen Erkrankungen. Durch kreative Lösungen ist dabei der Gesundheitsschutz zu gewährleisten.
- Sicherstellung und Förderung der Kommunikation im und mit dem primären sozialen Netzwerk, so weit wie möglich durch Begegnung in Präsenz, anderenfalls unter Nutzung digitaler Kommunikationsmittel.
- Stärkung der Besuchsrechte auch unter Pandemiebedingungen durch Einsatz geeigneter Schutzmaßnahmen); keine pauschalen Betretungsverbote für nahe Familienangehörige/Betreuungspersonen, Änderung der entsprechenden Landesverordnungen, ggf. Anpassung der Vorschriften im Infektionsschutzgesetz.
- Keine generellen Ausgangssperren für Bewohnerinnen und Bewohner von Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen; Ermöglichung von Außenaktivitäten wie Spaziergänge, Ausflüge und Einkäufe, wenn notwendige Schutzauflagen eingehalten werden können.
- Unterstützung bei der Digitalisierung (vgl. Kap. 2.4). Entsprechende Ausstattung und individuelle Unterstützung gerade auch in stationären Einrichtungen.
- Sicherstellung der Voraussetzungen für digital vermittelte Kommunikation im primären sozialen Netzwerk durch Bereitstellung der notwendigen Hardware für die betroffenen Menschen (z. B. Smartphones, Tablets oder Laptops sowie Internetverbindung) und bei Bedarf Schulung und Unterstützung für die Nutzung in allen Betreuungssettings (einschl. der Heime, betreutes Wohnen etc.); eine entsprechende Ausstattung auch in den stationären Einrichtungen.
- Umsetzung des Rechts auf Teilhabe nach SGB IX gerade auch unter den Ausnahmebedingungen der Pandemie durch die Nutzung aller vorhandenen Leistungsoptionen und insbesondere von personorientierten individuellen Unterstützungsleistungen. Dazu bedarf es eines entsprechenden Leistungsangebotes und einer verlässlichen Finanzierung.

- Bedarfsermittlung und Teilhabe/Gesamtplanung sollten barrierefrei gestaltet und während der Pandemie beschleunigt durchgeführt werden. Regelungen zum Datenschutz sollten dem nicht entgegenstehen.
- Entwicklung von Regeln zum Umgang mit den besonderen Bedarfen von Menschen mit verschiedenen Formen der Behinderung unter Pandemiebedingungen, gemeinsam mit deren Vertretungen.
- Förderung des Verständnisses der Öffentlichkeit dafür, dass Menschen mit bestimmten Erkrankungen keinen Mund-Nasen-Schutz tragen können; Vermeidung von Diskriminierung durch Aufklärung; Entwicklung von allgemeingültigen Kriterien für die ärztliche Beurteilung.
- Politische Regelung einer praktikablen Form eines Nachweises über die Befreiung von der Maskenpflicht.
- Zur Deckung des pandemiespezifischen Mehrbedarfes und zur Abwehr der Personalabwanderung bessere personelle Ausstattung in allen Betreuungssetting. Dazu gehört u. a. Deckung des aktuellen Personalmehrbedarfes durch Umsetzung des § 150 Abs. 2 SGB XI für das gesamte Jahr 2021. Erleichterte Nutzung des Entlastungsbetrages (siehe Teilbericht zum Themenfeld 1 als Anlage und Kap. 4.7).
- Erweiterung der gesetzlichen Ansprüche auf Unterstützung für Angehörige, die Menschen mit Behinderungen in der Corona-Pandemie betreuen: auf dem Arbeitsmarkt (z. B. Recht auf Homeoffice), in der Krankenversicherung (z. B. Erweiterung Kinderkrankentage).
- Barrierefreie Beratung zu pandemiespezifischen Unterstützungsmöglichkeiten sicherstellen, z. B. durch die Kommunen, Pflegestützpunkte, Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) (vgl. Kap. 4.6).
- Psychosoziale Begleitung unter Pandemiebedingungen aufrechterhalten und ausweiten (z. B. durch Videosprechstunden).
- Barrierefreie sachgerechte Informationen in Nachrichten/Medien ausbauen, auch mit dem Ziel, unbegründete Ängste abzubauen (vgl. Kap. 4.3).

Bereich Assistenz (vgl. Kap. 4.16):

- Aufrechterhaltung der Versorgung mit individuellen und institutionsgebundenen Assistenzdienstleistungen (z. B. im Wohnumfeld und in Bildungseinrichtungen) für Menschen mit Behinderungen. Bei Bedarf Einsatz der vorhandenen einrichtungsgebundenen Assistenz in der Häuslichkeit der betroffenen Menschen. Deckung eines erhöhten Assistenzbedarfes für Menschen mit Behinderungen in der Pandemie, u. a. Hilfen/Assistenz/Schul- und Lernbegleitung für betroffene Personen und Angehörige im häuslichen Umfeld (Einkaufen, Haushalt) und im Freizeitbereich. Bedarfsgerechte Familienhilfe im häuslichen Umfeld (Hauswirtschaft, Kinderbetreuung, Freizeitgestaltung).
- Unterstützung der betroffenen Personen und von Angehörigen bei der Antragstellung, auch durch Informationen zu möglichen Leistungen. Dabei sollten auch Personen erreicht werden, die bislang keine Leistungen bezogen haben. Damit soll auf die Erfahrung reagiert werden, dass anscheinend nicht primär Ablehnung von Leistungen zu unzureichender Unterstützung geführt haben, sondern deutlich weniger Leistungen beantragt wurden, als es dem geschilderten Bedarf entsprochen hätte.
- Definition der Förderung digitaler Arbeits- und Medienkompetenzen als qualifizierte Assistenzleistung.

Bereich Tagesstruktur:

- Aufrechterhaltung der Tagesbetreuung für Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen (ggf. als Notbetreuung) unter Einsatz von geeigneten Schutzmaßnahmen (einschl. personbezogener Gefährdungsanalyse und Schutzvorkehrungen).
- Entlastung der Angehörigen durch Assistenzleistungen (häuslich, freizeitbezogen) im Falle ausgefallener Tagesstrukturen mit Beratung und Unterstützung durch diese Einrichtungen.
- Nutzung aller Möglichkeiten zu Aufrechterhaltung und Neugestaltung inklusiver und risikoadaptierter Freizeitangebote auch unter Pandemiebedingungen.
- Förderung und Ermöglichung von stabilen Lerngruppen für Kinder und Jugendliche, Studierende und Teilnehmenden an beruflicher Bildung, auch um Einsamkeit und dem Verlust sozialer Kompetenzen entgegenzuwirken (Verknüpfung sozialer Teilhabe mit pädagogischen Angeboten).

4.12 Gesundheitsversorgung

Die notwendige, doch in ihrem Umfang durchaus umstrittene Priorisierung der Behandlung von Covid-19-Patientinnen und -Patienten bedeutete nach den Rückmeldungen im Konsultationsprozess für viele Menschen (zumindest zeitweise) Einschränkungen ihrer Gesundheitsversorgung. Für die Befragten war das Aufsuchen von Einrichtungen der allgemeinen und spezialisierten Gesundheitsversorgung teilweise monatelang erschwert – dies galt für Arztpraxen, psychotherapeutische und therapeutische Praxen, Spezialambulanzen, Sozialpädiatrische Zentren (SPZ), Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) und Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) sowie Krankenhäuser. Präventionsmaßnahmen, notwendige Behandlungen und operative Eingriffe, auch solche, die zur Verbesserung ihrer Alltagsfähigkeiten und Schmerzlinderung beitragen sollten, wurden häufig verschoben, abgesagt und teils bis zum Zeitpunkt der Befragung nicht nachgeholt. Menschen mit Behinderungen und/oder chronischen Erkrankungen waren nach ihren Aussagen und nach der Einschätzung der Akteure im Gesundheitswesen mit diesen Einschränkungen häufiger konfrontiert. Die Frage, ob für sie der Zugang zu den genannten Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und zu notwendigen Behandlungen erschwert war, wurde von Menschen mit diesen Beeinträchtigungen deutlich häufiger bejaht als von Menschen ohne diese Beeinträchtigungen. Besonders häufig betraf dies Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen und/oder seelischer Behinderung oder Menschen mit Schwerstmehrfachbehinderungen. Die Gründe für Einschränkungen in der Gesundheitsversorgung waren und sind (teils noch andauernde) Schließung bzw. Reduzierung von Leistungen und die besondere Gefährdung der betroffenen Personen für einen schweren Verlauf einer Corona-Infektion. Den Betroffenen selbst erschien das Aufsuchen von medizinischen und therapeutischen Einrichtungen unter Pandemiebedingungen wegen der Ansteckungsgefahr als zu riskant oder ihnen wurde ärztlicherseits empfohlen, Gesundheitsdienste nur bei Notfällen in Anspruch zu nehmen. Auch wurden Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen zum Teil pauschal, ohne Prüfung, einer Risikogruppe zugeordnet, was die ohnehin verbreitete Unsicherheit und die Angst vor einer Infektion verstärkte. Nur in den seltensten Fällen erfolgte eine individuelle Gefährdungsbeurteilung, so dass die Gefährdungslage für die Betroffenen unklar blieb, obwohl gezielte Vorkehrungen zu ihrem Schutz möglich gewesen wären.

Therapeutische Leistungen und Fördermaßnahmen, die üblicherweise in Kitas, (Förder-) Schulen, Werkstätten und Heimen für Kinder und Erwachsene angeboten werden, fanden wegen deren Schließungen oder aufgrund angenommener besonderer Gefährdung der Patientinnen und Patienten, Beschäftigten oder Bewohnerinnen und Bewohnern nicht statt. Die Fortführung dieser Leistungen in Form von Hausbesuchen oder anderen zugehenden Angeboten blieb die Ausnahme. Selbst telefonische oder videogestützte Beratung und Unterstützungsangebote waren nicht selbstverständlich. Besonders gravierende Einschnitte gab es bei der Versorgung mit Heilmitteln, beim Funktionstraining und beim Rehabilitationssport, die monatelang nicht verfügbar waren. Der Ausfall von Heilmitteln führte bei vielen betroffenen Personen zu anhaltender Verschlechterung der Mobilität, der Alltagsfähigkeiten und zu zunehmenden Schmerzen. Ersatzangebote, insbesondere therapeutische Hausbesuche, standen nur ausnahmsweise zur Verfügung. Funktionstraining und Rehabilitationssport fielen bis in den Sommer 2020 komplett und überwiegend auch in der zweiten Jahreshälfte 2020 aus. Selbst nach Erarbeitung von validen Hygienekonzepten waren diese Angebote wegen fehlender geeigneter Räumlichkeiten nur sehr eingeschränkt verfügbar. Viele, die auf langfristiges Funktionstraining oder Rehabilitationssport angewiesen waren und sind, hatten bis zum Zeitpunkt der Befragung im Dezember 2020 diese Leistungen nicht oder nur sehr unregelmäßig erhalten. Auch sie berichteten über gravierende gesundheitliche Verschlechterungen.

Insgesamt sind nach Einschätzung der antwortenden Leistungserbringer und Leistungsträger Menschen mit seelischen Behinderungen, mit Schwerstmehrfachbehinderungen und Verhaltensauffälligkeiten von diesen Einschränkungen in besonderer Weise betroffen. Die Folgen sind erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen körperlicher wie auch psychischer Art, die im Rahmen der Befragung von den betroffenen Personen und ihren Angehörigen eindrücklich geschildert wurden.

Unsicherheit über eine besondere Gefährdung bzw. die ungeprüfte Zuordnung zu einer Risikogruppe führten bei diesen Menschen zur Selbstisolierung und damit zu einer Einschränkung ihrer ohnehin erschwerten Teilhabemöglichkeiten. Hier bedarf es eines Konzeptes, wie auch unter Pandemiebedingungen für Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung im notwendigen Umfang gewährleistet werden kann.

Nach den Ergebnissen der Befragung war die ambulante Pflege aus Sicht der pflegebedürftigen Menschen und der Angehörigen während der Corona-Pandemie im Wesentlichen gewährleistet. Die Belastungen pflegender Angehöriger hatten sich aber deutlich erhöht; der coronabedingte Mehraufwand war durch das Pflegegeld nicht abgedeckt. Dies war vor allem der Fall, wenn pandemiebedingt Kinder und Erwachsene mit Behinderungen und Pflegebedürftigkeit Kitas, Schulen, Fördereinrichtungen, Werkstätten und Tagesbetreuungen nicht mehr aufsuchen konnten oder Assistenzdienste ausfielen und die Versorgung von den Angehörigen allein übernommen werden musste. Hier wünschten sich die Angehörigen dringlich eine Entlastung. Die Möglichkeit, einen Entlastungsbetrag zu erhalten, war vielen nicht bekannt. Andererseits konnte der Entlastungsbetrag oft nicht in Anspruch genommen werden, da er für Leistungen durch Familienangehörige nicht gezahlt wird, andere Kräfte aber nicht zur Verfügung standen. Die Möglichkeit einer Kurzzeitpflege oder einer kurzzeitigen Unterbringung in einer Einrichtung der Behindertenhilfe wurde häufig vermisst.

In der stationären Pflege war die therapeutische Versorgung teils über Monate nicht möglich, weil den Therapeutinnen und Therapeuten von den Heimleitungen der Zugang zu den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern verwehrt wurde; dies betraf auch mobile Reha-Teams. Dabei gab es regionale Unterschiede, aber nach den vorliegenden Informationen betraf dies

die Mehrheit der Pflegeheime. Erschwerend dürfte gewesen sein, dass seitens des Robert-Koch-Instituts (RKI) klare Vorgaben zu notwendigen Schutz- und Hygienemaßnahmen für die Durchführung indizierter Therapien in Pflegeheimen lange fehlten. Noch in den aktualisierten Empfehlungen des RKI zur Prävention und zum Management von Covid-19 in der stationären Pflege oder in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen vom August 2020 kommt der Einsatz der Therapeuten und Therapeutinnen nicht vor, sie werden nur als „Besucher bzw. Besucherinnen“ erwähnt. Gerade der Wegfall von therapeutischen Leistungen hatte nach den Berichten von Angehörigen oft massive Verschlechterungen der körperlichen und seelischen Gesundheit der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner zur Folge (zur Versorgungssituation in der stationären Pflege vgl. Kap. 4.11.4).

Handlungsoptionen

Aufrechterhalten der Angebote, Zugang zu den Angeboten, Ersatzangebote:

- Aufrechterhaltung aller Angebote der Gesundheitsversorgung so weit wie möglich, wobei die Angebote im notwendigen Umfang den Pandemiebedingungen angepasst werden müssen. Dies gilt insbesondere für spezielle Angebote, die Menschen mit Behinderungen dringend benötigen, z. B. in SPZ, MZEB, PIA, Frühförderstellen sowie für die zur Erhaltung von Körperfunktionen und Ermöglichung der Teilhabe besonders wichtigen Leistungen der Heil- und Hilfsmittelversorgung.
- Gewährleistung einer flexiblen Steuerung in der Krankenhausversorgung, mit dem Ziel, dass möglichst viele Kapazitäten zur „normalen“ medizinischen Versorgung zur Verfügung stehen. Engpässe in der medizinischen und therapeutischen Versorgung, die aufgrund einer Priorisierung der Behandlung von Covid-19-Patientinnen und Patienten entstehen, müssen die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen berücksichtigen. Bei notwendigem, aber nicht dringlichem Behandlungsbedarf (z. B. bei elektiven Eingriffen) dürfen Menschen mit Behinderungen, insbesondere bei Schwerstmehrfachbehinderung, psychischen und Verhaltensstörungen nicht benachteiligt und Zugangshindernisse abgebaut werden.
- Bereitstellung von Ersatzangeboten, wenn sich Präsenzangebote in der Gesundheitsversorgung (einschließlich Frühförderung, SPZ, PIA, MZEB) nicht umsetzen lassen, um zumindest essenzielle Elemente der nicht durchführbaren üblichen Leistungen abzudecken. Die Ersatzangebote müssen rechtlich, berufsrechtlich und ökonomisch abgesichert sein.
- Zu solchen Ersatzangeboten gehören neben zugehenden Angeboten und Hausbesuchen telemedizinische Angebote, Videosprechstunden, Videotherapien und regelmäßige Telefonkontakte.
- Die Unterstützung durch Assistenzdienste und Begleitpersonen sollte Menschen mit Behinderungen, wann immer nötig, für die Wahrnehmung medizinischer und therapeutischer Leistungen vollumfänglich erhalten bleiben, ggfs. mit Schnelltestung der Begleitpersonen.
- Gewährleistung der ärztlichen und therapeutischen Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen und von Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen durch angepasste Hygiene- und Schutzkonzepte, die gemeinsam vom Personal der Einrichtungen und externen Leistungserbringern konsequent praktiziert werden.

Umsetzung der Hygiene- und Schutzmaßnahmen:

- Konsequente Umsetzung der Schutz- und Hygieneregeln des RKI, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Länder (Corona-Schutzverordnungen) und Kommunen (Allgemeinverfügungen) unter Anpassung an die Gegebenheiten in jeder Einrichtung der Gesundheitsversorgung sowie bei Hausbesuchen.
- Telefonische oder digitale Terminvereinbarung; Gewährleistung der Einhaltung der Hygienevorgaben bei den Abläufen vor Ort.
- Zuverlässige räumliche und/oder zeitliche Trennung von Patientinnen und Patienten mit Covid-19-Erkrankung, von Verdachtsfällen, von Patientinnen und Patienten ohne Corona-Verdacht und von Risikopatientinnen und -patienten in den Arztpraxen; diese Konsultationen sollten auch für gefährdete Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten kein besonderes Risiko darstellen.
- Regelmäßige Testungen des Personals, bei körpernahen Therapien auch routinemäßige Testungen der Patientinnen und Patienten vor jeder Behandlung.
- Information und Einweisung jeder Patientin und jedes Patienten in die Schutz- und Hygienemaßnahmen der jeweiligen Einrichtung, so dass Sicherheitsgefühl und Vertrauen entstehen.
- Angemessene Vergütung des Mehraufwands durch Hygiene- und Schutzmaßnahmen (Ausstattung, organisatorische Maßnahmen).

Besondere Gefährdung und deren Beurteilung (vgl. Kap. 4.2):

- Erstellung ärztlicher Leitlinien zur Beurteilung des besonderen Risikos für einen schweren Verlauf im Falle einer Corona-Infektion. Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen haben einen Anspruch auf eine fachlich fundierte Beurteilung ihres individuellen Risikos, ihrer Schutzbedürftigkeit und der sich daraus ergebenden notwendigen Einschränkungen ihrer Teilhabemöglichkeiten. Solchen Einschränkungen sollten sie nicht ohne eine individuelle Gefährdungsbeurteilung unterworfen werden. Die Einschätzung der potenziell gefährdenden Settings sollte entlang des Stufenkonzepts des RKI (19.03.2021) erfolgen. Erkenntnisse der Fachgesellschaften bzgl. der Risikoabschätzung und Schutzvorkehrungen bei bestimmten Behinderungs- und Krankheitsbildern sollten rechtzeitig und breit kommuniziert werden, damit sie bei der individuellen Umsetzung berücksichtigt werden können.
- Individuelle Gefährdungsbeurteilungen als Grundlage für besondere Schutzmaßnahmen wie gesonderte Arztgespräche, aber auch für eine Priorisierung bei der Impfung.
- Durchführung individuell risikoadaptierter Therapie- und Fördermaßnahmen, z. B. in Form von Hausbesuchen statt Behandlung in der Einrichtung oder alternativ Ermöglichung einer risikoarmen Beförderung (kein ÖPNV, sondern Taxibeförderung).
- Politisch und zivilgesellschaftlich muss der in der Befragung häufig berichteten, massiven Diskriminierung in der Öffentlichkeit entgegengetreten werden, wenn Menschen krankheits- oder behinderungsbedingt keinen oder nur eingeschränkt einen Mund-Nasen-Schutz (MNS) tragen können. Für die notwendige Akzeptanz solcher Ausnahmeregelungen muss in der Öffentlichkeit geworben werden. Voraussetzung ist, dass die Befreiung vom Tragen eines MNS aufgrund einer differenzierten ärztlichen Beurteilung erfolgt. Bei der Entwicklung der Kriterien dafür sollten Patientenvertretungen und Selbst-

hilfeorganisationen einbezogen werden. Atteste sollten, wann immer vertretbar, Einschränkungen der Befreiung aufführen (Tragen von Masken, die die Atmung weniger beeinträchtigen, begrenzte Zeiträume für das Tragen von Masken u. a.).

Sicherung der pflegerischen Versorgung:

- Der zeitliche Mehraufwand und die Belastungen durch die hohen Anforderungen für die Schutz- und Hygienemaßnahmen in der Pandemie sollten beim pflegerischen Personaleinsatz und seiner auskömmlichen Finanzierung berücksichtigt werden.
- Anpassung der Pflegesätze in der stationären Pflege an den höheren Personalbedarf; in der ambulanten Pflege Finanzierung des personellen Mehrbedarfs; zusätzliche Finanzierung der pandemiebedingten Schutz- und Hygienematerialien.
- Auszahlung des Entlastungsbetrags auch, wenn pflegende Angehörige durch andere Angehörige in der Pflege unterstützt werden.
- Beratung der zu Pflegenden und der Angehörigen über notwendige Schutz- und Hygienemaßnahmen in ihrem Alltag. Dabei Berücksichtigung der besonderen Risiken der zu Pflegenden und ggfs. auch besonderer Risiken der Angehörigen. Angehörige brauchen mehr Informationen, wohin sie sich wenden können, um Unterstützung zu erhalten.

4.13 Teilhabe am Arbeitsleben

Die Corona-Pandemie wirkt sich nicht nur auf die berufliche Rehabilitation aus (vgl. Kap. 4.11.2), sondern auch auf die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen am Arbeitsleben. Die Betroffenen- und Selbsthilfeorganisationen befürchten negative Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen. Das gilt auch für den Zugang in den Arbeitsmarkt, z. B. nach der Schule oder einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, etwa in einem Berufsbildungswerk. Der Zugang zu Praktika ist schwieriger. Es gibt weniger Informationsmöglichkeiten (z. B. Messen), Bewerbungsgespräche finden nur online statt; die Kontaktaufnahme zu Arbeitgebern ist schwieriger.

Handlungsoptionen

- Sicherung des Zugangs zum Arbeitsmarkt über Bewusstseinsbildung, Förderinstrumente und die Ausgleichsabgabe. Dabei ist sicherzustellen, dass ihr Volumen für die notwendigen Integrationsleistungen ausreicht.
- Berufs(feld)bezogene Informationsangebote sind auch während der Pandemie zu realisieren, ggf. digitalisiert.
- Berufsbezogene Beratungsangebote, z. B. durch die Arbeitsagenturen oder die Integrationsfachdienste, dürfen nicht eingeschränkt werden.
- Konkret könnte eine Integrationsmaßnahme immer dann angeboten werden, wenn ein Mensch mit Schwerbehinderung als arbeitssuchend gemeldet wird.
- Wichtig ist auch der Erhalt bzw. Ausbau der sozialen Sicherung bei Arbeitslosigkeit, gerade auch für Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen, auch beim Budget für Arbeit.

4.14 Homeoffice

Wie viele andere Berufstätige auch, sehen Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen im Homeoffice eine große Chance, die gerade während der Corona-Pandemie mit großen Vorteilen, aber auch mit Nachteilen verbunden ist. Die Infektionsgefahr ist im Homeoffice deutlich geringer, sowohl am Arbeitsplatz selbst als auch durch die wegfallenden oder verringerten Fahrten an den Arbeitsplatz. Letzteres spart auch Zeit. In der Regel ist Homeoffice mit mehr Zeitsouveränität verbunden; das erlaubt Menschen mit Behinderungen flexiblere Arbeitszeiten und Pausen, die angesichts ihrer Beeinträchtigungen notwendig sein können.

Für Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen, die wegen ihrer Beeinträchtigungen ein erhöhtes Risiko für einen schwerwiegenden Verlauf einer Covid-19-Erkrankung aufweisen, kann Homeoffice ein Weg sein, ihrem besonderen Schutzbedürfnis entgegenzukommen. Ihnen sollten Arbeitgeber Heimarbeit wenn irgend möglich anbieten, jedoch nicht gegen ihren Willen aufzwingen.

Ein zentraler Nachteil des Homeoffice liegt in den starken Einschränkungen der persönlichen direkten Kommunikation. Das kann Isolation und Vereinsamung fördern und verstärken. Ein wichtiger potenzieller Nachteil des Homeoffice liegt in der oft weniger guten Ausstattung des Homeoffice-Arbeitsplatzes verglichen mit dem „normalen“ Arbeitsplatz. Das reicht von der Ergonomie (z. B. Stuhl, Tisch) über die notwendigen Geräte (PC, Monitor, Drucker usw.) bis zur Software und der Frage, inwiefern im Homeoffice ein ungestörtes Arbeiten möglich ist, wenn die Wohnung dafür eigentlich keinen geeigneten Raum hat. Für Menschen mit Behinderungen ist wichtig, dass auch der – ggf. zweite – Arbeitsplatz zu Hause, die gleichen für sie notwendigen Ausstattungsmerkmale aufweist (z. B. besondere Hard- und Software für Menschen mit Sehbehinderung oder ein höhenverstellbarer Schreibtisch).

Die bessere Vereinbarkeit von Homeoffice mit familiären Aufgaben (Betreuung von Kindern oder Pflege von Angehörigen) ist zweischneidig, da das Risiko einer auf längere Sicht nicht tragbaren Doppelbelastung hoch ist.

Angesichts der Vor- und Nachteile von Homeoffice und Digitalisierung für Menschen mit Behinderungen kommt es darauf an, Homeoffice auszubauen, gut auszugestalten und die möglicherweise bestehenden Nachteile zu verringern und/oder abzufedern.

Handlungsoptionen

- Homeoffice für Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen vorsehen, überall wo möglich; dies ist besonders hilfreich für Menschen mit erheblichen Mobilitätseinschränkungen. Außerdem senkt es während einer Pandemie das Infektionsrisiko. Homeoffice sollte angeboten, aber nicht erzwungen werden.
- Notwendig ist die angemessene, sowohl behinderungsgerechte, barrierefreie als auch ergonomische Ausstattung des Homeoffice-Arbeitsplatzes. Zu prüfen ist, ob die Voraussetzungen für das Homeoffice gegeben sind. Hierbei sollte eine Mitsprache der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen vorgesehen werden.
- Geklärt werden müssen die Abgrenzung zwischen Homeoffice und mobilem Arbeiten sowie die Zuständigkeit der Reha-Träger/des Arbeitgebers für die behinderungsgerechte Ausstattung des Homeoffice.
- Außerdem braucht es oft Anleitung, Schulung und Unterstützung (ggf. Assistenz), wenn das Homeoffice mit stärkerer Digitalisierung einhergeht. Solche Bedarfe (z. B. in Form

von IT-Schulungen) sind schon im Teilhabeplanverfahren zu berücksichtigen, eine Überforderung der Beschäftigten durch „Turbodigitalisierung“ ist zu vermeiden.

- Um soziale Kontakte im Berufsumfeld zu erhalten und Isolation zu vermeiden, ist alternierendes Homeoffice mit Präsenzanteilen hilfreich. Für die Aufrechterhaltung der Kommunikation sollten alle Medien genutzt werden; auch dabei ist Barrierefreiheit wichtig.
- Den besonderen Bedarfen von Menschen mit Hör- und Sehbeeinträchtigungen bei der digitalen Kommunikation muss Rechnung getragen werden.
- Notwendig sind flexible und individuell angepasste, personenzentrierte Lösungen für die Fortführung der beruflichen Tätigkeit unter Pandemiebedingungen, die in Zusammenarbeit mit der/dem Beschäftigten entwickelt werden. Eine Stigmatisierung von Betroffenen, wenn Menschen mit Behinderungen bevorzugt im Homeoffice arbeiten dürfen, ist zu vermeiden.
- Dass das Homeoffice eine adäquate Internetanbindung der Haushalte voraussetzt, liegt auf der Hand.
- Es muss individuell geprüft werden, wie Homeoffice ausgestattet sein soll. Hierbei sollten Arbeitgeber sowie Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen gemeinsam Lösungen finden. Zu regeln ist, wie der Entscheidungsprozess aussehen kann und wie genau Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen mitentscheiden können.

4.15 Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Arbeitsschutz

Sowohl in den Diensten und Einrichtungen der Teilhabeförderung als auch in Betrieben, Unternehmen und Verwaltungen stellt die Pandemie hohe Anforderungen an den Schutz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Infektion und Überlastung. Zu den Belastungen gehören auch Unsicherheit (bzgl. Arbeitsplatz und/oder Infektionsrisiko) und – vor allem bei den Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen sowie der Gesundheitsversorgung – die Sorge um durch Covid-19 gefährdete / betroffene Personen. Manche Menschen mit Behinderungen und/oder chronischen Erkrankungen haben ein höheres Risiko für einen schweren Verlauf einer Covid-19-Erkrankung.

Handlungsoptionen

- Einige Gefährdungen lassen sich durch Homeoffice wesentlich verringern (siehe Kap. 4.14).
- Für viele Tätigkeiten ist jedoch kein Homeoffice möglich. Dann ist eine individuelle Gefährdungsbeurteilung eine wichtige Voraussetzung für angemessene Vorkehrungen und Maßnahmen.
- Der Gefährdungsbeurteilung müssen adäquate Kriterien zugrunde liegen, die es zum Teil erst noch zu entwickeln oder zumindest zu konkretisieren gilt, wie z. B. die Arbeitsmedizinische Empfehlung des BMAS vom November 2020.
- Aus der Gefährdungsbeurteilung ergeben sich dann Anforderungen an den Arbeitsschutz, der den einschlägigen Vorschriften entsprechen muss: Arbeitsschutzgesetz, Arbeitsschutzstandard und –regel.
- Dabei ist das TOP-Prinzip zu beachten, technische Maßnahmen haben Vorrang vor organisatorischen Maßnahmen und diese haben Vorrang vor persönlichen Maßnahmen.

- In den Diensten und Einrichtungen der Teilhabeförderung und Gesundheitsversorgung (und nicht nur dort) ist dafür eine bedarfsgerechte Personalausstattung erforderlich.
- Corona-Tests und Impfmöglichkeiten für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Nutzerinnen und Nutzer können die Gefährdung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, auch derer mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen, wesentlich verringern.
- Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) darf auch während einer Pandemie nicht eingeschränkt werden.
- Barrierefreiheit im Homeoffice und am Arbeitsplatz bleibt wichtig, um berufliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu unterstützen. Hilfreich ist eine präventive Barrierefreiheit, d. h. nicht erst zu handeln, wenn ein Mensch mit Behinderung im Betrieb ist.
- Alle diese Vorkehrungen und Maßnahmen sollten gemeinsam mit den Mitarbeitenden und deren Vertretungen (Betriebs- und Personalrat, Schwerbehindertenvertretung) entwickelt, diskutiert und umgesetzt werden.

4.16 Assistenz und individuelle Teilhabeleistungen

Assistenz ist eine personbezogene, nicht familien- oder institutionsorientierte Form der Unterstützung von Menschen mit Behinderungen bei ihrer selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltages. Sie ist abzugrenzen von Leistungen zur Pflege (Leistungen nach SGB XI und SGB V) und von allgemeinen, nicht behinderungsspezifischen familienunterstützenden Maßnahmen, wie z. B. der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V oder der ambulanten Familienhilfe in Notlagen (§ 20 SGB VIII) sowie der sozialpädagogischen Familienhilfe (nach § 31 SGB VIII). Zentrale Ergebnisse des Konsultationsprozesses zum Thema Assistenz unter den Bedingungen der Corona-Pandemie sind:

- Für Kitas, Schulen, Arbeitsplatz, Beförderung etc. genehmigte Assistenz fiel sehr häufig vollständig oder teilweise aus. Eine Durchführung der Assistenz stattdessen zu Hause fand ganz überwiegend nicht statt; sie wurde z. T. ausdrücklich untersagt. Allerdings gaben die Leistungsträger an, dass dies überwiegend ermöglicht worden sei.
- Angehörige und Familien, die behinderte Menschen betreuen, waren durch Ausfall oder Einschränkung genehmigter Assistenz sowie der Tagesmitbetreuung durch Kitas, Schulen, WfbM, Tagesförderstätten u. a. von teils massiver Überforderung und Überlastung betroffen. Sie fühlten sich allein gelassen und mit ihren Bedarfen missachtet.
- Leistungsrechtlich vorhandene Ansprüche auf weitere Unterstützungsleistungen, sei es als Assistenz, sei es als andere Leistungen (siehe oben), wurden überwiegend nicht beantragt. Dies hatte mehrere Ursachen:
 - a) Die Möglichkeiten waren sehr häufig weder den betroffenen Personen noch den Mitarbeitenden der Dienste und Einrichtungen, z. B. den Lehrkräften bekannt.
 - b) Informations- und Beratungsmöglichkeiten für pandemiespezifisch auftretende Bedarfe waren meist nicht ausgewiesen oder nicht vorhanden.
 - c) Das Verwaltungsverfahren war oft nicht bekannt oder es erschien zu umständlich und langwierig (Bedarfsermittlung, Teilhabeplan- bzw. Gesamtplanverfahren).
- Im Bereich der Pflege bestehen leistungsrechtliche (Deckelung im SGB XI) oder leistungserbringungsrechtliche (Nutzung des Entlastungsbetrages nur durch anerkannte Leistungserbringer) Limitierungen, so dass pandemiebedingte Bedarfe nicht gedeckt werden konnten.

- Es wurde berichtet, dass Anträgen, z. B. auf erhöhten Assistenzumfang, erst nach langer Bearbeitungsdauer entsprochen wurde. Zugleich wurde von den Leistungsträgern berichtet, dass diesen Anträgen überwiegend entsprochen wurde. Die beschriebenen Defizite sind insofern vermutlich auch durch die geringe Zahl von Anträgen bedingt.
- Ersatzangebote für ausfallende Präsenzveranstaltungen in Bildungs- und Ausbildungseinrichtungen wurden überwiegend in digitaler Form durchgeführt. Dadurch entstand zu Hause häufig ein zusätzlicher individueller Unterstützungsbedarf. Eltern waren mit der Übernahme dieser Aufgaben oft überlastet oder überfordert.
- Für die Assistenz von Schülerinnen und Schülern fehlt es an einer Konzeption für Assistenz im häuslichen Umfeld während des Distanzunterrichtes. U. a. fehlt es an einer Klärung der Aufgabenbereiche zwischen Schulbegleitung und Lernassistenz, der jeweils notwendigen Qualifikationen, u. a. auch im Hinblick auf die Unterstützung bei der Nutzung digitaler Medien sowie bei den konkreten Lernprozessen.

Handlungsoptionen

Daraus ergeben sich folgende Handlungsoptionen im Hinblick auf Assistenz für Menschen mit Behinderungen:

- Genehmigte Assistenzleistungen müssen unter Pandemiebedingungen nicht nur in der Einrichtung genutzt, sondern in vollem Umfang auch zu Hause eingesetzt werden können.
- Ein Mehrbedarf an individueller Assistenz für Menschen mit Behinderungen, der durch den Wegfall der Präsenzangebote und ggf. durch besondere Anforderungen für die Nutzung der Ersatzangebote entsteht, ist rasch und unbürokratisch zu decken.
- Durch Mitwirkung aller Beteiligten, so auch der Dienste und Einrichtungen, ist für eine frühzeitige Bedarfserkennung und eine entsprechende Antragstellung zu sorgen.
- Die Erbringer von Assistenzleistungen (Assistenzdienste, ggf. auch Bildungseinrichtungen) sollten die zur Deckung des Mehrbedarfes notwendigen Angebote entwickeln.
- Für Assistenzleistungen ist ein Hygiene- und Schutzkonzept erforderlich, das die Risiken situationsgerecht minimiert.
- Assistenzleistungen sollten bedarfsgerecht sowohl im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung und zur sozialen Teilhabe zur Verfügung stehen. Abgrenzungsprobleme sind bei der Teilhabeplanung zu lösen. Die zur Umsetzung durch die Rehabilitationsträger, ggf. auch die Bildungsträger, notwendige Bedarfsermittlung und Teilhabe-/Gesamtplanung sind niedrigschwellig, zeitnah und in einem vereinfachten Verfahren durchzuführen.
- Es ist ein sozial- und bildungspolitisches Konzept erforderlich, das folgende Zuständigkeiten klärt:
 - a) Individuelle Förderung im Schulsystem (siehe Kap. 4.11.3).
 - b) Qualifizierte Assistenzleistungen zur spezifischen Lernunterstützung durch Bildungseinrichtungen oder die Eingliederungshilfe.
 - c) Andere Assistenzleistungen, insbesondere für Kinder- und Jugendliche.
 - d) Pflegerische Leistungen, insbesondere im Rahmen der Assistenz.

- Menschen mit Behinderungen und ihre Familien sind umfassend und barrierefrei über die Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren. Dies sollte auch Aufgabe der Dienste und Einrichtungen sein.
- Betroffene Personen und ihre Familien sollten bei der Antragstellung unterstützt werden. Auch dieser Aufgabe sollten sich Dienste und Einrichtungen stellen. Den EUTB kann hierbei eine wichtige Aufgabe zukommen.
- Entwicklung einer Konzeption für Begleitung und Lernassistenz im häuslichen Umfeld während des Distanzunterrichtes, einschließlich der Beschreibung dazu notwendiger Qualifizierung der Assistenzkräfte. Dazu sollte es ein bundesweites Konzept geben, das von der Kultusministerkonferenz in Abstimmung mit den Leistungsträgern der Eingliederungshilfe erarbeitet wird.

5 Systemaspekte der Teilhabesicherung in der Pandemie

5.1 Teilhabegefährdung bei vulnerablen Personengruppen in der Pandemie und politisches Handeln

Die angesichts der akuten Infektionsgefährdung erforderliche Fokussierung der Politik auf die pandemiespezifische Gesundheitsproblematik und deren unmittelbare Bewältigung hatte die Priorisierung von Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsrisikos zur Folge. Die Bewältigung der aus den Einschränkungen resultierenden Folgen für die gesellschaftliche Teilhabe, die schon im ersten Lockdown deutlich zu Tage traten, stand nicht im Fokus politischen Handelns. Es wurde und wird implizit unterstellt, dass die gesellschaftlichen Subsysteme (Gesundheitssystem, Bildungsbereich, Arbeitsleben, Bereich der Rehabilitation etc.) mit entsprechenden staatlichen Vorgaben und Unterstützungsleistungen selbstständig in der Lage sind, den Folgen der Corona-Pandemie wirksam entgegenzutreten, diese zu bewältigen und dabei auch die Belange vulnerabler Personengruppen angemessen zu berücksichtigen. Zu diesen gehören insbesondere Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Behinderungen, chronischen Krankheiten oder Pflegebedarf, Familien mit behinderten oder pflegebedürftigen Angehörigen und Menschen in besonderen Lebenslagen, wie schweren und chronischen Krankheiten, in Heimen, mit hohem Unterstützungsbedarf im Alter oder in persönlichen Krisensituationen. In der Pandemie wurde deren besondere Vulnerabilität im Hinblick auf Teilhabebeeinträchtigungen deutlich. Exklusionsrisiken kumulierten in bislang kaum erlebter Schärfe, wenn z. B. neben einer Behinderung auch eine prekäre Lebenslage (Armut, schwierige Wohn- oder Familiensituation etc.) vorlag.

Im Konsultationsprozess wurde von den antwortenden Adressaten häufig beklagt, dass die Anliegen dieser Personengruppen nicht hinreichend beachtet werden; Staat und Gesellschaft seien hier ihrer besonderen Schutz- und Fürsorgepflicht nicht ausreichend nachgekommen. Die menschenrechtlich nach der UN-BRK gebotenen Vorkehrungen (vgl. hier speziell Art. 11 UN-BRK) für eine gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit unter Pandemiebedingungen hätten die handelnden Akteure (nicht nur auf der staatlichen Ebene, sondern auch in den verschiedenen Subsystemen) nicht ausreichend getroffen. Koordinierung und Kooperation im Bereich der Teilhabesicherung sowie ein durchgängiges Disability Mainstreaming, das die Umsetzung der UN-BRK sichern soll, wurden während der Pandemie weitgehend vermisst.

5.2 Handlungsspielräume unter staatlichen Regelungen und Vorschriften im Hinblick auf Pandemiebekämpfung und Teilhabesicherung

Vielfach wurde geäußert, dass es dem Staat, „der Politik“, nicht gelungen sei, die Leistungserbringer und die Leistungsträger durch klare Vorgaben, Regelungen, Aufträge und Forderungen zu ermächtigen und zugleich zu verpflichten, die Probleme vor Ort zu erkennen und eigenständig anzugehen, sowie dafür ausreichend Unterstützung bereitzustellen. Vielmehr seien die Vorgaben vielfach uneinheitlich, situationsgetrieben und kurzatmig gewesen, Regelungstiefe und Zielgenauigkeit oft nicht adäquat. Dies habe die Leistungserbringer oft entmutigt oder gehindert, selbst sinnvolle Lösungen zu entwickeln und umzusetzen. Einige Dienste und Einrichtungen, aber auch andere Akteure hätten sich ihrer Verantwortung für die Förderung der Teilhabe auch unter Pandemiebedingungen unter Verweis auf die erlassenen Vorschriften nicht hinreichend gestellt oder sich ihr ganz entzogen. Andererseits wurde berichtet, dass Dienste, Einrichtungen und ihre Mitarbeitenden mit viel Engagement und eigenständiger Umsetzung der Vorgaben kreative Lösungen zur Ermöglichung der Teilhabe der von ihnen betreuten Menschen gefunden haben.

Diese Erfahrungen werfen allgemeine und systematische Fragen auf: Welche Voraussetzungen sind erforderlich, um eine Pandemie bewältigen zu können? Es ist hier nicht der Ort, allgemeine Voraussetzungen in der Gesellschaft zu diskutieren, z. B. im Hinblick auf das Öffentliche Gesundheitswesen, das Informationsmanagement, die Übernahme von Verantwortung durch die Akteure der Zivilgesellschaft usw.

Der Fokus des Konsultationsprozesses liegt vielmehr auf der Teilhabesicherung für vulnerable Personengruppen, hier Menschen mit Beeinträchtigungen, und den dabei beteiligten Akteuren. Um dies näher zu beleuchten, kann folgende Frage abgeleitet werden: Was ist für ein möglichst eigenständiges und verantwortungsbewusstes Handeln sowohl der Dienste und Einrichtungen, der Leistungsträger, als auch der betroffenen Personen selbst während einer krisenhaften Pandemie in der Praxis notwendig, um neben der Infektionsbekämpfung zumindest elementare Teilhabe sicherzustellen und die negativen Folgen der Pandemie für die Teilhabe möglichst gering zu halten?

Aus dem Konsultationsprozess lassen sich dazu folgende Hinweise auf notwendige Voraussetzungen gewinnen:

- Die Sicherung der Teilhabe muss den gleichen Rang wie Gesundheitsschutz und Pandemiebekämpfung haben. Disability Mainstreaming ist gerade während der Pandemie unverzichtbar.
- Zuverlässige, verständliche sowie abgestimmte und koordinierte möglichst aktuelle Informationen auf verschiedenen Kommunikationskanälen über die Pandemie und die setting- und zielgruppenspezifische Gefährdungslage, z. B. in Heimen, für Schüler und Schülerinnen, für Auszubildende sowie für Menschen mit körperlichen, kognitiven, seelischen oder Sinnesbehinderungen, den verschiedenen chronischen Erkrankungen usw. Vgl. Kap. 4.3. Dabei sollten diese so gestaltet sein, dass übergroße Ängste, die zu nicht notwendigen Selbstrestriktionen führen, vermieden werden.
- Regelungen und Vorschriften sollten sowohl Gefährdungslagen und die zu deren Bekämpfung notwendigen Maßnahmen beschreiben und begründen, zugleich aber auch Handlungsoptionen im Hinblick auf die konkreten Schutzmaßnahmen für wichtige Teilhabebereiche unter Pandemiebedingungen enthalten, um so Spielräume im Interesse

der Teilhabesicherung für die Umsetzung zu eröffnen. Zum Beispiel, welche Schutzkonzepte Heime verfolgen können, um Kommunikation und Begegnung dennoch zu ermöglichen.

- Regelungen und Vorschriften sollten nicht nur Verbote, sondern auch Handlungsoptionen bzw. Freiräume konkret im Hinblick auf die Teilhabesicherung definieren, innerhalb derer alle Akteure, insbesondere aber Dienste und Einrichtungen eigenverantwortlich im Hinblick auf die Teilhabesicherung handeln können, ohne dass sie bzw. ihre Mitarbeitenden Sanktionen fürchten müssen. Handlungsoptionen können freilich nicht immer zentral bundesweit dargestellt werden. Dann ist es Aufgabe der Länder, Gebietskörperschaften, der Leistungsträger und Leistungserbringer, ggf. unterstützt durch ihre Dachorganisationen solche Optionen zu erarbeiten. Beispiele dafür sind etwa Schaffung spezieller Begegnungsräume, Lüftungskonzepte einschließlich Luftfiltern, Wegekonzepte, digital vermittelte Kommunikation usw., die neben ihrer Schutzfunktion Teilhabemöglichkeiten verbessern.
- Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung für die Teilhabesicherung unter Berücksichtigung des Infektionsschutzes innerhalb der Dienste und Einrichtungen nicht nur im System der Rehabilitation, sondern auch in den Bereichen der Gesundheitsversorgung, Bildung und Erziehung sowie dem Arbeitsleben. Dazu gehört die Etablierung von Entscheidungsprozessen innerhalb der Dienste und Einrichtungen sowie anderen beteiligten Organisationen, die in einer Pandemie Verantwortlichkeiten verbindlich festlegen und der Legitimierung von Maßnahmen dienen können, die im Interesse der Teilhabesicherung unter Beachtung der Gefährdungslage getroffen werden.
- Beteiligung betroffener Personen und ihrer Organisationen an Entscheidungsprozessen auf allen Ebenen.
- Personenbezogene Erfassung und Anerkennung der wesentlichen Versorgungs- und Teilhabebedarfe der einzelnen betroffenen Menschen, v. a. der menschenrechtlich unverzichtbaren Bedürfnisse (zwischenmenschliche Beziehungen), dringlicher Behandlungsbedarfe, usw., um die gebotene individuelle Abwägung der Verhältnismäßigkeit von Einschränkungen (Schutz vs. Teilhabe) vornehmen zu können.
- Indem das Ziel der Versorgungs- und Teilhabesicherung als Aufgabe von Diensten und Einrichtungen für das institutionelle und individuelle Handeln handlungsleitend wird, können Einschränkungen legitimiert vermieden oder begrenzt werden (z. B. Erhaltung der ärztlichen und therapeutischen Versorgung, Sicherung der vorhandenen institutionell gebundenen Assistenz im häuslichen Umfeld, insbesondere im Bildungsbereich, Ermöglichung von Begegnung auch in stationären Einrichtungen etc.). Es geht hier um die gleichberechtigte Berücksichtigung beider Handlungsimperative und die Verdeutlichung der Notwendigkeit einer Abwägung im Konfliktfall.

Um diese Voraussetzungen zu schaffen, braucht es einen breiten Konsens dazu, wie die Gesellschaft, ihre Institutionen und ihre Bürgerinnen und Bürger mit den Herausforderungen durch eine Pandemie umgehen wollen und können. Da die Corona-Pandemie Deutschland weitgehend unvorbereitet traf und zudem zumindest anfangs die Gefährdungslage nicht in allen Facetten bekannt war, konnten die genannten Voraussetzungen nicht durchgängig gegeben sein. Außerdem wurden sie auch im weiteren Verlauf nicht durchgängig geschaffen. Dazu sollte ein breiter Diskurs eröffnet werden. Dieser sollte auch die Bereitstellung ggf. notwendiger Ressourcen thematisieren. (vgl. Kap. 6).

5.3 Problemlagen, Herausforderungen und Handlungsoptionen zur Bewältigung der Pandemiefolgen

In den Teilberichten und in Kapitel 4 des vorliegenden Abschlussberichtes werden zahlreiche Problemlagen, Herausforderungen und Handlungsoptionen dargestellt, die Gegenstand einer solchen gesellschaftlichen Diskussion sein sollten. Diese ist nicht nur allgemein (auf Bundesebene), sondern von allen Akteuren in ihren konkreten Arbeits- und Handlungsfeldern zu führen.

Auf die zahlreichen Aktivitäten, Problemlösungen oder Problemlösungsversuche staatlicher Institutionen, der Selbstverwaltung, der Leistungserbringer sowie der betroffenen Personen und ihrer Angehörigen – oft mit erheblichem personellem und finanziellem Einsatz – ist ausdrücklich hinzuweisen. Dennoch wurde die selbstbestimmte Teilhabe für Menschen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen oder Pflegebedürftigkeit nicht immer hinreichend oder nicht für alle Menschen mit Behinderungen erreicht oder nachdrücklich genug verfolgt.

Insofern bestehen Handlungsbedarfe über die schon vorhandenen Problemlösungen hinaus. Priorisierungen sind dabei aus dem Konsultationsprozess nicht ableitbar. Jedoch werden mögliche Handlungsschwerpunkte für die jeweiligen gesellschaftlichen Subsysteme deutlich.

- Beeinträchtigungen bei der Gesundheitsversorgung und bei der medizinischen Rehabilitation sind zu vermeiden.
- Bedarfsgerechte Unterstützung bei der Digitalisierung (flächendeckend gute technische Voraussetzungen, Nutzungskompetenzen), Herstellung von Barrierefreiheit, Berücksichtigung spezieller Beeinträchtigungen, z. B. von Sinnesbehinderungen.
- Ermöglichung von Begegnung, zwischenmenschlichen Kontakten und Kommunikation als zentrale Elemente der Teilhabesicherung, insbesondere auch in besonderen Lebenslagen, z. B. in Wohn- und Pflegeheimen.
- Entwicklung von Schutz- und Testkonzepten unter Beachtung der Teilhabesicherung und Unterstützung bei deren praktischer Umsetzung.
- Unterstützung für alternative Arbeitsmöglichkeiten (z. B. Homeoffice) und im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Betreuung und Beruf.
- Bedarfsgerechter Ausbau der Notbetreuung (u. a. zur Vermeidung der Überforderung von Menschen mit Behinderungen und ihren Familien).
- Leistungsfähige, qualitativ hochwertige und flächendeckend verfügbare Ersatzangebote, z. B. im Bereich Bildung und Erziehung, der Werkstätten für behinderte Menschen, der Gesundheitsversorgung und der medizinischen Rehabilitation.
- Individuelle Unterstützung für Lernende und ihre Angehörigen, für überlastete Familien, Menschen mit Behinderungen im Arbeitsleben sowie bei hohem persönlichem Assistenzbedarf.
- Angebote zur risikominimierten Beförderung im öffentlichen Nahverkehr, bei speziellen Beförderungsdiensten und Ersatzangebote für die Beförderung.
- Bedarfsgerechte Bereitstellung und Förderung der Nutzung von gesetzlich vorgesehenen Unterstützungsmöglichkeiten, insbesondere von Assistenz.
- Beratung speziell zu pandemiebedingt erforderlichen Unterstützungsleistungen.

Es wird deutlich, dass für die Umsetzung der Handlungsschwerpunkte nicht nur eine partikuläre, sondern eine ganzheitliche Betrachtung notwendig ist, die sektoren- und subsystemübergreifend erfolgt, ohne dass die jeweils konkreten Handlungsmöglichkeiten vernachlässigt werden.

Die mannigfachen Einschränkungen der Versorgung haben Folgen, die sich zum einem unmittelbar auf die Teilhabe während der Pandemie, zum anderen aber auch auf die gesundheitliche Situation auf den Bildungs- und Erziehungsprozess und auf die soziale Teilhabe beziehen. Krankheiten und Beeinträchtigungen können sich verschlechtern und Unterstützungsbedarfe sich erhöhen. Dem stehen auch einige positive Erfahrungen gegenüber, z. B. vermehrte persönliche Nähe (in Familien, Wohngruppen), Kompetenzgewinne und neue Erfahrungen im Umgang mit der Digitalisierung am Arbeitsplatz, in Lernsituationen sowie Zeit für neuartige private Aktivitäten.

Letztlich kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Zahl von Menschen mit Behinderungen oder die Schwere der Behinderung durch die Pandemie erhöht und dadurch eine Ausweitung der Unterstützungsbedarfe zu erwarten ist. Darauf finden sich im Konsultationsprozess zahlreiche Hinweise. Zuverlässige Daten zu den Langzeitfolgen standen aber während des Konsultationsprozesses noch nicht zur Verfügung. Zum Teil wurden dazu Einschätzungen abgegeben, die plausibel, aber noch nicht durch Daten untermauert sind. Dies gilt z. B. für die Folgen ausgefallener medizinischer Rehabilitation und therapeutischer Leistungen. Dies weist auf einen hohen Bedarf an zeitnaher Datenerhebung, gerade auch in künftigen Pandemien, und an Forschung hin. Dennoch lassen sich schon jetzt Handlungsbedarfe, s. o., identifizieren, bei denen nicht auf viel später erst zu erwartende Forschungsergebnisse gewartet werden sollte.

5.4 Methodische Aspekte zur Erfassung von Problemlagen

Die Kritik an der Pandemiebewältigung und die Darstellung der Folgen wurden im Konsultationsprozess von den Befragten aus ihrer jeweiligen Perspektive vorgetragen. Betroffene Personen und ihre Angehörigen sprechen hier als Fachkundige in eigener Sache. Dies gilt analog auch für die anderen Befragten. In der Summe ergibt sich hier ein umfassendes, wenngleich nicht vollständiges Bild der Problemlagen.

Für eine systematische Analyse von Problemlagen und Handlungsstrategien bedarf es natürlich weiterer Grundlagen, z. B. deskriptiver Daten im Hinblick auf die Häufigkeiten von Problemlagen (quantitative Analysen), der Evaluation von praktizierten Lösungsmöglichkeiten sowie der Ermittlung der kurz-, mittel- und langfristigen Folgen. Dies indiziert einen hohen Forschungsbedarf. Zahlreiche Forschungsprojekte sind in Auftrag gegeben, weitere werden folgen. Da Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit in besonderem Maße von der Pandemie und ihren Folgen betroffen sind, kommt es darauf an, dass die besonderen Bedarfe dieser Personengruppen in die Forschungskonzepte einbezogen und nicht nur marginal behandelt werden. Hier stellt sich die Aufgabe, forschungspolitisch und forschungspraktisch sicherzustellen, dass diese vulnerablen Gruppen unter Berücksichtigung weiterer Faktoren (Stichwort prekäre Lebenslagen, Intersektionalität) systematisch in die Forschung einbezogen werden. Die Pandemie betrifft Bevölkerungsgruppen mit sog. niedrigem Sozialstatus deutlich häufiger und die Folgenbewältigung ist für sie deutlich schwieriger.

Deutlich wird, dass in Pandemien umfangreiche Daten sehr zügig benötigt werden, um Entscheidungen möglichst zeitnah begründet treffen zu können. Dazu sollte eine gesellschaftliche Strategie entwickelt werden.

5.5 Beispiele für Problemlagen, die sektorenübergreifende Bewältigungsstrategien erfordern

Die vorhandenen Handlungsansätze, so der Eindruck, werden häufig zu wenig aus Erfahrungen und deren Analyse entwickelt und insbesondere zu wenig in einen weiteren konzeptionellen Rahmen gestellt. Im Konsultationsprozess trat zutage, dass deshalb zumindest Teilgruppen von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen nicht erreicht und deren besondere Problemlagen nicht ausreichend angegangen wurden. Deshalb ist nicht allein danach zu fragen, welche einzelnen konkreten Lösungen benötigt werden, sondern auch danach, wo übergreifende Strategien und Konzepte fehlen, die über die Zuständigkeiten einzelner Akteure – oder auch gesellschaftlicher Subsysteme – hinausgehen.

Diese Überlegungen aus dem Konsultationsprozess sollen an drei Beispielen erläutert werden:

1. Bei der Digitalisierung – einem zentralen Element der Aufrechterhaltung von Kontakt und Kommunikation unter Pandemiebedingungen – wird dem Thema Barrierefreiheit zu wenig Bedeutung zugemessen (vgl. dazu die fehlende Barrierefreiheit digitaler Angebote im Bereich der Konferenzsoftware, der IT-Plattformen oder bei den Ersatzangeboten im Bereich Bildung und Erziehung). Es mangelt ferner an einer Strategie für die flächendeckende Schaffung der technischen Voraussetzungen für die Digitalisierung (z. B. notwendig für Ersatzangebote) und insbesondere für die Ausbildung von Medienkompetenz von Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen, die diese z. B. im Alltag zur Erhaltung ihrer Kommunikation, im Arbeitsleben oder zur Nutzung der Ersatzangebote im Distanzunterricht benötigen, sowie an einer wirksamen Qualifizierungsstrategie für die Digital- und Medienkompetenz von Lehrenden, von Verantwortlichen in der Arbeitswelt, in der gesundheitlichen Versorgung und bei den Beratungs- und Unterstützungsdiensten für das alltägliche Leben.
2. Für Menschen mit Behinderungen fehlt eine Gesamtstrategie für eine risikominimierte Beförderung, wenn weder der ÖPNV noch Sammelbeförderung wegen fehlender Anpassung an die Pandemielage genutzt werden können. Es gibt keine durchgängige Konzeption für die Organisation von Einzelbeförderung.
3. Menschen mit Behinderungen und ihre Familien benötigen oft individuelle Unterstützung für Leistungen, die normalerweise im Bildungssystem in Gruppen (Klassen) angeboten werden, insbesondere individuelle Lernunterstützung und Betreuung bei der Tagesgestaltung. Erwartet wird, dass dies während der Pandemie durch die Eltern oder die Angehörigen ersatzweise geleistet werden kann. Dies ist jedoch bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen (und auch bei anderen) häufig nicht möglich. Der Wegfall des Präsenzunterrichts bewirkt einen erhöhten Bedarf an individueller Unterstützung, ggf. in zugehender Form.

Traditionell wird die Aufgabe der individuellen Unterstützung bei vorliegender Behinderung der Eingliederungshilfe zugewiesen. Hier stellt sich konzeptionell die Frage, ob dies sachgerecht ist. Wenn ja, dann wären Bedarfsermittlung und Teilhabeverfahren erforderlich – ein aufwändiges Verfahren, für das es in Pandemiezeiten deutlich vereinfachte Prozeduren geben müsste.

Man kann die Zuständigkeit der Eingliederungshilfe auch begrenzen oder gar verneinen und stattdessen die Bildungseinrichtungen selbst stärker in die Pflicht nehmen. Hier fehlt es aber an Konzepten, wie die Einzelbetreuung bei Bedarf sichergestellt werden kann. Im Konsultationsprozess wurden dazu konkrete Beispiele geliefert und zahlreiche individuelle Initiativen

einzelner Lehrkräfte und Schulen beschrieben. Dies sind jedoch nur Einzelfälle und sie machen hier ein grundsätzliches Dilemma deutlich: Es fehlt an einem systemübergreifenden Konzept und an Instrumenten für ein systematisches Zusammenwirken. Diese zu entwickeln kann nicht Aufgabe eines einzelnen gesellschaftlichen Subsystems sein, sei es der Eingliederungshilfe, sei es des Bildungssystems. Hier bedarf es auf einer übergeordneten staatlichen Ebene der Klärung der Verantwortlichkeiten der verschiedenen Akteure (der Administration und ebenso der Leistungserbringer bzw. Einrichtungen) für die gesicherte Teilhabe an Bildung.

Analog lassen sich solche Schnittstellenprobleme, die im Übrigen für die Rehabilitation bekannt sind und dort häufig diskutiert werden, für eine ganze Reihe von gesellschaftlichen Bereichen und Subsystemen im Hinblick auf die oben geschilderten Aspekte zeigen. Im Hinblick auf die Lage von Menschen mit Behinderungen sind dies z. B.:

- Barrierefreiheit bei der Digitalisierung an den Schnittstellen: Bundesgesetzgeber – Gleichstellungsgesetze der Bundesländer – Kultusverwaltung – berufliche Rehabilitation. Wer ist z. B. zuständig für die (Durchsetzung der) Entwicklung einer barrierefreien Konferenzsoftware?
- Risikominimierte Beförderung an der Schnittstelle: Kommune – Kinder- und Jugendhilfe bzw. Eingliederungshilfe – Kultusverwaltung.
- Begegnungsmöglichkeiten in Pflegeheimen oder Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen: Leistungserbringer – Pflegeversicherung/Eingliederungshilfe – Verordnungen der Bundesländer – Bundesgesetzgeber für Rahmenvorgaben.

Insofern bedarf es einer gesellschaftlichen sektorenübergreifenden Diskussion über die Verantwortlichkeiten für die Umsetzung der vielfältigen Handlungsoptionen, die im Rahmen des Konsultationsprozesses zusammengetragen wurden, und über die sektorenübergreifende Kooperation und Koordination. Ziel muss es dabei sein, dass die Inklusion der Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit, die spezifische Unterstützungsbedarfe und besondere Exklusionsrisiken aufweisen, gelingt.

6 Schlussbemerkungen

Der Konsultationsprozess, insbesondere die Online-Befragung und die Expertise der Beteiligten, erfasste die Erfahrungen und die daraus abgeleiteten Überlegungen von Februar/März 2020 bis November/Dezember 2020. Im weiteren Verlauf der Pandemie ergaben sich weitere Entwicklungen, die nur ansatzweise in diesen Bericht eingehen konnten. Dazu haben die Experten und Expertinnen in den themenfeldbegleitenden Expertengruppen wesentlich beigetragen. Zudem fehlen belastbare Daten zu den mittel- und langfristigen Pandemiefolgen, z. B. für die Morbidität, für einen erhöhten Reha-Bedarf, das Ausmaß der Verstärkung von Behinderungen, die Auswirkungen auf Dienste und Einrichtungen, die Wirkungen auf Bildungsverläufe oder die Inklusion auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Ziel war es, die durch die Pandemie hervorgerufenen Herausforderungen speziell von Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten und/oder Pflegebedürftigkeit zu beleuchten. Diese Fokussierung kann freilich nicht immer gelingen. Denn viele Auswirkungen der Pandemie betreffen Menschen mit und ohne Behinderungen in ähnlicher Weise. Gerade in den freien Antworten auf die offenen Fragen werden die Probleme der betroffenen Personen und auch die der Einrichtungen und Dienste eindrucksvoll und plastisch nicht nur als spezifische, sondern auch als allgemeine beschrieben.

Auch wenn der Konsultationsprozess sich auf Problemlagen fokussiert, sind die Bemühungen zahlreicher Akteure, der Politik, der Leistungserbringer, der Leistungsträger, der Zivilgesellschaft und nicht zuletzt der betroffenen Personen und ihrer Familien, um die Sicherung der Teilhabe ausdrücklich hervorzuheben und an dieser Stelle besonders zu würdigen

Die Ergebnisdarstellung verfolgt nicht den Anspruch, alle Aspekte vollständig und repräsentativ abzubilden. Manche Fragen sind aus den Ergebnissen des Konsultationsprozesses nicht zu beantworten. Das gilt für Fragen nach einer Mehrbelastung von Frauen mit Betreuungsaufgaben, nach Problemlagen von Migrantinnen und Migranten oder von Menschen in prekären Lebenslagen bzw. in Armut. Die Fokussierung auf ausgewählte Problemlagen war notwendig, um die aus Sicht der Expertenteams wichtigsten pandemiespezifischen Handlungsbedarfe identifizieren zu können.

Als weitere, auch für die Bewältigung künftiger Pandemien wichtige, noch zu bearbeitende Aspekte können insbesondere folgende Themen- und Handlungsfelder benannt werden:

1. Analyse und Bewältigung der Folgen einer durchgemachten Corona-Infektion, sog. Long-Covid-Patientinnen und Patienten. Hier zeigen sich bei einer wahrscheinlich kleinen, derzeit noch nicht exakt anzugebenden Zahl von Patientinnen und Patienten erhebliche funktionelle Beeinträchtigungen, die Exklusionsrisiken bedeuten und deshalb einen Bedarf an Leistungen der Rehabilitation oder anderen Maßnahmen, z. B. wegen eingeschränkter Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz oder in der Schule (z. B. Pausengestaltung, individualisierte Lernkonzepte etc.) bedingen können. Dazu gehört auch die Beachtung unspezifischer, schwer erkennbarer Folgeerscheinungen wie neuropsychologischer Symptome, u. a. chronischer Müdigkeit (Fatigue), Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, bei denen die Gefahr besteht, dass diese nicht ernst genug genommen und statt als Post-Covid-Syndrom erkannt zu werden auf individuelle Schwächen reduziert werden. Dies gilt insbesondere für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Schüler und Schülerinnen, Studierende und Auszubildende.
2. Konkretisierung der verschiedenen erarbeiteten Handlungsoptionen, z. B. die Ermöglichung von Begegnung, von ärztlicher und therapeutischer Betreuung, von kleinen kohärenten Gruppen in Lern- und Arbeitskontexten, insbesondere im Hinblick auf künftige Pandemien.
3. Die Analyse der Auswirkungen von Impfungen und die Bedeutung von Teststrategien für die Teilhabesicherung vulnerabler Gruppen.
4. Die Gewährleistung von Datensicherheit und Datenschutz bei zunehmend digitalisierten Kommunikationsformen.
5. Die Identifikation besonders relevanter Forschungsthemen, z. B. zu den Krankheitsfolgen (Post-Covid), und insbesondere zu den Möglichkeiten der künftigen Teilhabesicherung.
6. Die Analyse sozialer Ungleichheit bei der Betroffenheit durch die Pandemie und ihrer Bewältigungsmöglichkeiten insbesondere auch für Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit.
7. Besondere Betroffenheit von Frauen mit Kindern (im Hinblick auf ihre Betreuungsaufgaben) als auch pandemiespezifische Exklusionsrisiken bei sprachlichen und kulturellen Barrieren bei Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit.

Insofern ist eine Auswertung der Erfahrungen aus der Pandemie und eine Diskussion erforderlich, wie in Zukunft bei einer erneuten Pandemie, mit der allgemein gerechnet wird, verfahren werden soll. Dazu erscheint es sinnvoll, dass alle politischen Bereiche (Gesundheit, Bildung, Arbeit, Teilhabe, soziale Sicherung etc.) gemeinsam mit Experten und Expertinnen verschiedener Disziplinen (z. B. dem RKI, Sozialwissenschaftlerinnen/ Sozialwissenschaftlern, Juristinnen/Juristen, Pädagoginnen/Pädagogen und den Organisationen der betroffenen Personen) zunächst auf Bundesebene, aber auch auf Ebene der Bundesländer und Gebietskörperschaften zusammenarbeiten. Diese sollten nicht nur die Schutzvorkehrungen und medizinischen Maßnahmen, sondern auch die Folgen und notwendigen Bewältigungsmaßnahmen erörtern, die sich auf die Sicherung der Teilhabe (Gesundheitsversorgung, Bildung, Arbeitsleben, soziale Teilhabe) beziehen, hier speziell unter Berücksichtigung der genannten vulnerablen Personengruppen. Insofern sollten die ausgewerteten Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie als „Blaupause“ für künftige Bewältigungsstrategien von Pandemien dienen.

Dabei ist den Berichten (vorwiegend aus den freien Antworten auf offene Fragen) sowie mehrerer Expertinnen und Experten aus dem Konsultationsprozess Rechnung zu tragen, wonach die Umsetzung des BTHG durch die Pandemie ausgebremst wurde. Die durch das BTHG verfolgte Strategie einer Verbesserung der Teilhabechancen durch Person- und individuelle Bedarfsorientierung und -deckung für eine inklusive Gesellschaft muss auch weiterhin uneingeschränkt gelten und zudem fortentwickelt werden. Die Pandemie hat hier Unzulänglichkeiten aufgedeckt oder verschärft, die es dringlich zu beseitigen gilt. Dies ist auch bei der Ressourcenverteilung durch die Politik prioritär zu berücksichtigen, zumal im Konsultationsprozess vielfach die Befürchtung geäußert wurde, dass pandemiebedingt finanzielle Ressourcen des Staates und der Sozialversicherungssysteme dafür nur noch eingeschränkt zur Verfügung gestellt werden könnten.

Die Aufforderung zur Diskussion soll jedoch nicht allein an die Ebene der Bundespolitik adressiert werden: Es kommt vielmehr darauf an, dass sich alle gesellschaftlichen Akteure einschließlich der Leistungsträger, der Dienste und Einrichtungen aber auch die betroffenen Personen selbst, gerade auch in ihren Organisationen der Selbsthilfe, auf allen Handlungsebenen von der Makro- bis zur Mikroebene daran beteiligen, ihre je spezifische Verantwortung übernehmen und ihr eigenes Handeln danach ausrichten. Leitend sollte dabei nicht nur der Schutz der Gesundheit, sondern ebenso die Sicherung der menschenrechtlich gebotenen Teilhabe aller sein.

Dies ist nicht zuletzt aufgrund der UN-BRK geboten. Art. 11 UN-BRK spricht von der Verpflichtung der Vertragsstaaten, die notwendigen Vorkehrungen für die Sicherung der Teilhabe auch in Pandemiezeiten zu treffen. Notwendig erscheint eine Auswertung der Erfahrungen aus der Pandemie in einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive, die die Sektoren überschreitet und auch auf wissenschaftlich fundierter Folgenabschätzung beruht. Dazu ist eine Konzeption für einen Diskursprozess zu entwickeln. Dieser sollte die Teilhabesicherung vulnerabler Personengruppen in den Blick nehmen, und zwar nicht nur im Hinblick auf die Gewährleistung besonderer Leistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und die Sicherung und Weiterentwicklung der dafür erforderlichen Dienste und Einrichtungen, sondern im Sinne des Disability Mainstreaming. Durch eine verstärkte personorientierte und zugleich verstärkt sozialraumbezogene Betrachtungsweise der Teilhabesicherung und ihrer Beeinträchtigungen sollte die Gesellschaft mehr Resilienz gegenüber künftigen Pandemien und Krisen entwickeln können.

Eine Priorisierung von Maßnahmen lässt sich aus dem Konsultationsprozess selbst nicht unmittelbar ableiten. Auswertung und Priorisierungen sind nun die Aufgabe der Politik und der anderen genannten Akteure. Der Diskurs dazu bedarf jedoch einer Organisation.

Die Gremien der DVfR, insbesondere die Fachausschüsse, werden sich an der Aufarbeitung der Ergebnisse des Konsultationsprozesses beteiligen. Die Rehabilitation und alle anderen für die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen wichtigen Bereiche müssen für die Herausforderungen der nächsten Jahre zukunfts- und pandemiefest gemacht werden.

7 Danksagung

Die Mitglieder der Steuerungsgruppe und der fünf Expertengruppen haben ihre wertvollen Erfahrungen in den Konsultationsprozess eingebracht, wichtige Impulse gegeben und so die Erstellung der Berichte maßgeblich unterstützt. Ohne ihre Unterstützung hätte der Konsultationsprozess nicht die vorliegende Breite und Qualität erreichen können. Dafür danken wir als Redaktionsgruppe allen Beteiligten herzlich.

Unser besonderer Dank gilt auch dem Zentrum für Sozialforschung Halle (ZSH), insbesondere Thomas Ketzmerick und Sascha Kranz, das die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Online-Befragung ermöglicht und mit hoher Kompetenz begleitet hat. Besonders danken wir ferner Stella Jörn, Katharina Peters und Denise Reichardt, die als studentische Hilfskräfte vor allem die eingegangenen Materialien des Konsultationsprozesses kompetent aufbereitet und damit zugänglich gemacht haben.

Nicht zuletzt ist an dieser Stelle die exzellente Unterstützung durch Sylvia Kurth, Geschäftsführerin der DVfR, und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle hervorzuheben – wer sonst hätte die vielen Fäden dieses langen und weitverzweigten Konsultationsprozesses zusammengehalten, alles kompetent und umsichtig organisiert und unterstützt? Dafür ganz herzlichen Dank.

Mitglieder der Steuerungsgruppe:

Andreas Bethke, Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e.V.

Dr. Mara Boehle, DVfR

Dr. Rolf Buschmann-Steinhage, Mitglied des geschäftsführenden Vorstands der DVfR

Prof. Dr. Bernhard Greitemann, Klinik Münsterland

Walter Krug, B.B.W. St. Franziskus Abensberg

Sylvia Kurth, Geschäftsführerin der DVfR

Wolfgang Ludwig, Bodelschwingsche Stiftungen Bethel

Alfons Polczyk, BMAS

Andreas Rieß, Josefs-Gesellschaft gGmbH

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann, Vorsitzender der DVfR

Prof. Dr. Michael Seidel, ehem. Ärztlicher Direktor in den v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel

Susanne Strehle, BMAS

Dr. Martin Warnach, stellv. Leiter des DVfR-Fachausschusses Rehabilitation vor/bei Pflegebedürftigkeit

Mitglieder der Expertengruppen:

Die dem Abschlussbericht zugrunde liegenden fünf themenfeldspezifischen Teilberichte wurden jeweils mit eigenen Expertengruppen diskutiert. Für die intensive Beteiligung an den Diskussionen und für die zielführenden Anregungen und Hinweise dankt die DVfR den folgenden Expertinnen und Experten. Die Mitarbeit in den Expertengruppen bedeutet nicht, dass jede Aussage von allen Expertinnen und Experten mitgetragen wird.

Mitglieder der Expertengruppe 1 „Gesundheitsversorgung und medizinische Rehabilitation“:

Dr. Christian Abt, Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Alina Dahmen, Dr. Becker Klinikgruppe

Dr. Christian Fricke, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V. Bundesvereinigung

Prof. Dr. Harry Fuchs, Sozialexperte

Dr. Jean-Jaques Glaesener, Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin

Prof. Dr. Bernhard Greitemann, Klinik Münsterland, Mitglied des geschäftsführenden Vorstands der DVfR

Thomas Keck, Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Dr. Thomas Klein, Fachverband Sucht

Gerd Kukla, GKV-Spitzenverband

Christof Lawall, Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation

Arnd Longrée, Deutscher Verband Ergotherapie, Mitglied des geschäftsführenden Vorstands der DVfR

Maren Lose, Deutsche Rentenversicherung Bund

Marion Rink, BAG Selbsthilfe, Deutsche Rheumaliga, DVfR

Dr. Stefan Schüring, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Prof. Dr. Helga Seel, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Dirk van den Heuvel, Bundesverband Geriatrie

Dr. Martin Warnach, stellv. Leiter des DVfR-Fachausschusses Rehabilitation vor/bei Pflegebedürftigkeit

Michael Wiegert, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Mitglieder der Expertengruppe 2 „Arbeitsleben“:

Alfons Adam, Gesamtschwerbehindertenvertretung Daimler, Mercedes Benz-Werk Bremen

Oliver Assmus, Deutsche Rentenversicherung Bund

Annette Bartelt, BMAS

Dr. Rolf Buschmann-Steinhage, Mitglied des geschäftsführenden Vorstands der DVfR

Jan Brocks, Werkstatträte Deutschland

Konstantin Fischer, Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für behinderte Menschen

Fabian Flada, Josefs-Gesellschaft

Dr. Susanne Gebauer, Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke

Prof. Wolfhard Kohte, Zentrum für Sozialforschung (ZSH) Halle

Walter Krug, B.B.W. St. Franziskus Abensberg

Andrea Kurtenacker, REHADAT

Prof. Dr. Matthias Morfeld, Hochschule Magdeburg-Stendal

Jürgen Thewes, Werkstatträte Deutschland

Mitglieder der Expertengruppe 3 „Bildung und Erziehung“:

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann, Vorsitzender der DVfR
Alfons Adam, Gesamtschwerbehindertenvertretung Daimler, Mercedes Benz-Werk Bremen
Dr. Carola Brückner, BMAS
Dr. Angela Ehlers, Verband Sonderpädagogik
Dr. Susann Kroworsch, Institut für Menschenrechte, Monitoring-Stelle
Andreas Kammerbauer, Deutscher Schwerhörigenbund
Dr. Annette Mund, Kindernetzwerk
Prof. Dr. Katja Nebe, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Reuse, Sandra, BMAS
Dr. Dr. Caspar Soeling, St. Vincenzstift
Manfred Weiser, Johannes-Diakonie Mosbach
Prof. Dr. Felix Welti, Universität Kassel

Mitglieder der Expertengruppe 4 „Soziale Teilhabe“:

Prof. Dr. Jürgen Armbruster, Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V.
Janina Bessenich, Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V.
Dr. Sandro Blanke, BMAS
Simon Heinrich, Stiftung kreuznacher Diakonie
Dr. Janina Jänsch, Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen
Katja Kruse, Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen
Wolfgang Ludwig, Stiftung Bethel
Andreas Rieß, Josefs-Gesellschaft
Wiebke Schär, Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben Deutschland
Dr. Dieter Schartmann, Landschaftsverband Rheinland
Rolf Winkelmann, Bethel.regional

Mitglieder der Expertengruppe 5 „Gesellschaftliche Querschnittshemen“:

Andreas Bethke, Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband
Jürgen Brückner, ehem. Integrationsbeauftragter Landkreis Elbe-Elster
Anna Brückner, Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen
Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl, Mitglied im Deutschen Ethikrat/Berliner Institut für christliche Ethik und Politik
Dr. Heidrun Mollenkopf, Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen
Alfons Polczyk, BMAS
Carl-Wilhelm Rößler, Kompetenzzentrum Selbstbestimmt Leben Köln
Dr. Petra Schmidt-Wiborg, Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe
Prof. Dr. Michael Seidel, ehem. Ärztlicher Direktor v. Bodelschwingsche Stiftungen
Claudia Tietz, Sozialverband Deutschland

Anhang

Beschreibung der befragten Adressatengruppen

In den folgenden Abschnitten werden die befragten fünf Adressatengruppen beschrieben, genauer: die Befragten, von denen Antworten vorliegen.

Die Prozentangaben beziehen sich auf immer wieder wechselnde Grundgesamtheiten, und zwar auf die Personen, welche die jeweilige Frage beantwortet haben.

Adressatengruppe 1 „Betroffene“

Als erste Adressatengruppen waren Menschen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen und/oder Pflegebedürftigkeit gebeten, einen Online-Fragebogen zu beantworten. Im Folgenden wird diese Adressatengruppe manchmal kurz als „Betroffene“ bezeichnet. Es liegen auswertbare Fragebögen zu 3.684 Personen vor. 1.213 Bögen stammen von Männern (33,9 %) und 2.335 von Frauen (65,2 %) sowie 33 von Menschen mit einem diversen Geschlecht (0,9 %). Bei 103 Bögen fehlt die Angabe zum Geschlecht. Die Befragten sind im Durchschnitt etwa 45 Jahre alt.

Der Online-Fragebogen war gegliedert in einen allgemeinen Teil, in dem auch soziodemographische Daten erhoben wurden, und in drei spezielle Teilbereiche: Gesundheitsversorgung, Erwerbsleben und Bildung/Erziehung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung sollten sich diesen speziellen Teilbereichen zuordnen, wenn bei ihnen selbst oder dem betreuten Erwachsenen, Kind bzw. der/dem Jugendlichen als betroffener Person hier besonders wichtige Probleme aufgetreten waren. Dann wurden ihnen durch Filterungen im Fragebogen spezielle Fragen zu dem jeweiligen Bereich vorgelegt. Es war möglich, mehrere dieser Bereiche gleichzeitig als relevant anzukreuzen. Teilnehmer und Teilnehmerinnen, die sich keinem dieser drei Bereiche zuordnen konnten oder wollten, wurden aufgefordert, die allgemeinen Fragen des Fragebogens zu beantworten. 56,0 % der Befragten entschieden sich für den Bereich Gesundheitsversorgung, 50,0 % für das Erwerbsleben, 19,3 % für Bildung und Erziehung und 15,3 % für keinen der drei Bereiche.

Von den 3.429 antwortenden Erwachsenen arbeiten 1.016 in Vollzeit (= 29,6 %), 713 (= 20,8 %) arbeiten in Teilzeit. 193 Personen (= 5,6 %) sind geringfügig beschäftigt, 150 (= 4,4 %) sind arbeitslos und 150 (= 4,4 %) in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) tätig. Mindestens 2.698 der befragten Erwachsenen haben eine abgeschlossene Berufsausbildung (= 79,5 %), darunter mindestens 1.136 (= 33,5 %) mit einem Hochschulabschluss.

Nur 254 von 3.493 antwortenden Befragten (= 7,3 %) beschreiben sich nicht als chronisch krank. Bei den chronischen Krankheiten stellen die Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen einschließlich Rheuma wie erwartet die größte Gruppe dar, mit 1.561 bzw. 717 Nennungen (= 44,7 %). Hier waren Mehrfachantworten möglich: Im Durchschnitt nannten die Befragten beider Gruppen, die sich als chronisch krank beschrieben, 1,9 chronische Erkrankungen.

Tabelle A1 Chronische Krankheiten und ihre Verteilung (N = 3.493)

Krankheitsgruppe	Anzahl	Prozent
Gelenk- oder Wirbelsäulen-Erkrankung einschl. Rheuma	1.561	44,7 %
Herz-/Kreislaufkrankung	629	18,0 %

Stoffwechselerkrankung	570	16,3 %
Erkrankung des Nervensystems (z. B. Cerebralparese, Spina bifida, Schädel-Hirn-Verletzung, Schlaganfall, Multiple Sklerose)	750	21,5 %
Krebserkrankung	232	6,6 %
Psychische Erkrankung	1.067	30,5 %
Chronische Atemwegs- oder Lungenerkrankung	727	20,8 %
Andere chronische Erkrankung	536	15,3 %
Keine chronische Erkrankung	254	7,3 %

Mehrfachnennungen möglich.

Die große Mehrzahl der antwortenden Befragten, 2.860 von 3.274 Antwortenden (= 87,4 %) geben an, eine anerkannte Behinderung zu haben.¹

Der GdB verteilt sich bei den Befragten wie folgt:

Tabelle A2 Verteilung des GdB (N = 3.274)

GdB	ohne GdB	30 bis unter 50	50 bis unter 70	70 bis unter 90	90 bis 100
Anzahl	414	469	971	469	951
Prozent	12,6 %	14,3 %	29,7 %	14,3 %	29,0 %

Mehr als ein Viertel der Befragten hat damit einen hohen GdB von mindestens 90, 43,3 % haben einen von mindestens 70. Mehr als 70 % haben eine anerkannte Schwerbehinderung mit einem GdB von mindestens 50.

2.592 von 3.584 antwortenden Erwachsenen (= 72,3 %) beschreiben sich als behindert. Bei den Behinderungen stellen die Körperbehinderungen die größte Gruppe dar (1.998 = 55,7 %), gefolgt von den Sinnesbehinderungen mit 666 (= 18,6) und den seelischen Behinderungen mit 649 (= 18,1 %). Mehrfachantworten waren möglich.

Tabelle A3 Behinderungen nach Form der Behinderung (N = 2.592)

Behinderung	Anzahl	Prozent
Körperliche Behinderung oder Beeinträchtigung	1.998	55,7 %
starke Sehbehinderung oder Blindheit	446	12,4 %
starke Schwerhörigkeit oder Taubheit	220	6,1 %
Lernbehinderung	177	4,9 %
Intelligenzminderung, sog. geistige Behinderung	169	4,7 %
Seelische Behinderung	649	18,1 %
Schwerstmehrfachbehinderung	113	3,2 %
keine Behinderung	992	27,7 %

Nicht alle Befragte mit chronischen Erkrankungen beschreiben sich als „behindert“: 759 von 3.584 Befragten (= 21,2 %) empfinden sich als „chronisch krank, aber nicht behindert“. Dieses Ergebnis kann auf den ersten Blick überraschen, da es belegt, dass mehr als ein Fünftel der Befragten trotz einer chronischen Erkrankung für sich keine Zuordnung zur Gruppe von Menschen mit Behinderungen vornimmt.

¹ Im Fragebogen wurde versehentlich nach „anerkannter Schwerbehinderung“ gefragt.

Von 3.611 antwortenden Befragten sind 733 (= 20,3 %) pflegebedürftig. Der Pflegegrad verteilt sich unter diesen Personen wie folgt:

Tabelle A4 Pflegegrad der Befragten mit Pflegebedarf (N = 716)

Pflegegrad	0	1	2	3	4	5
Anzahl	3	97	247	200	105	64
Prozent	0,4 %	13,5 %	34,5 %	27,9 %	14,7 %	8,9 %

Adressatengruppe 2 „Angehörige“

Als zweite Adressatengruppen waren Angehörige und Bezugspersonen, die Menschen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene) mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen und/oder Pflegebedarf betreuen, auch Angehörige von Betroffenen, die in einem Heim leben, gebeten, den Fragebogen zu beantworten. Es liegen 1.124 auswertbare Fragebögen vor.

564 der betreuten Menschen sind Männer (50,9 %) und 539 Frauen (48,6 %) sowie 5 mit einem diversen Geschlecht (0,5 %). Bei 16 Bögen fehlt die Angabe zum Geschlecht.

Von den Betreuten haben mit 974 von 1.050 Antwortenden (= 92,8 %) die meisten eine anerkannte Schwerbehinderung. Der GdB verteilt sich wie folgt:

Tabelle A5 Verteilung des GdB bei den betreuten Personen (N = 1.050)

GdB	ohne GdB	30 bis unter 50	50 bis unter 70	70 bis 100
Anzahl	76	26	134	814
Prozent	7,2 %	2,5 %	12,8 %	77,5 %

Die Mehrzahl der betreuten Menschen, mehr als drei Viertel, haben einen hohen GdB von mindestens 70. Anerkannt pflegebedürftig sind mit 915 (= 84,0 %) die meisten der betreuten Personen. Die Pflegegrade verteilen sich bei den 894 Bögen mit einer Angabe dazu wie folgt:

Tabelle A6 Verteilung des Pflegegrads bei den betreuten Personen (N = 894)

Pflegegrad	0	1	2	3	4	5
Anzahl	2	40	162	278	219	193
Prozent	0,2 %	4,5 %	18,1 %	31,1 %	24,5 %	21,6 %

Mehr als drei Viertel der betreuten Personen haben mindestens den Pflegegrad 3.

Tabelle A7 Wohnsituation der betreuten Personen (N = 1.119)

Wohnsituation	Anzahl	Prozent
im selben Haushalt	606	54,2
in einem anderen Haushalt (z. B. bei den Großeltern)	32	2,9
in einer eigenen Wohnung (evtl. mit Assistenz)	156	13,9
in einem Betreuten Wohnen oder einer Wohngemeinschaft	55	4,9
in einem Internat	11	1,0
in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung	161	14,4
in einem Pflegeheim	77	6,9
Sonstiges	21	1,9

Mehr als die Hälfte der betreuten Menschen lebt mit der/dem befragten Angehörigen im selben Haushalt. Nur 7 % leben in einem Pflegeheim.

Von den betreuenden Angehörigen sind 251 Männer (= 22,8 %) und 844 Frauen (= 76,8 %) sowie 4 mit einem diversen Geschlecht (= 0,4 %). Bei 25 Bögen fehlt die Angabe zum Geschlecht. Wie erwartet sind Frauen unter den betreuenden Angehörigen viel stärker vertreten als Männer, mit einem Verhältnis von mehr als 3 zu 1.

Von den Angehörigen sieht sich mit 725 (= 76,2 %) die überwiegende Mehrzahl nicht als behindert an. 140 (= 12,5 %) der Angehörigen haben eine anerkannte Schwerbehinderung. Bei den Behinderungen stellen die Körperbehinderungen mit 118 (= 12,4 %) die größte Gruppe dar. Hier waren Mehrfachantworten möglich.

Anerkannt pflegebedürftig sind nur 5 der Angehörigen (= 0,5 %).

327 der Angehörigen (= 30,2 %) arbeiten in Vollzeit, 414 (= 38,2 %) in Teilzeit. 272 (= 25,1 %) sind nicht erwerbstätig.

Tabelle A8 Erwerbstätigkeit der betreuenden Personen (N = 1.084)

Erwerbstätigkeit	Anzahl	Prozent
Vollzeit	327	30,2
Teilzeit	414	38,2
geringfügig beschäftigt	48	4,4
arbeitslos	23	2,1
nicht erwerbstätig	272	25,1

Adressatengruppe 3 „Leistungserbringer“

Als dritte Adressatengruppe waren (leitende) Mitarbeitende von Diensten und Einrichtungen, welche die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten und/oder Pflegebedürftigkeit fördern, sowie betriebliche Akteure gebeten, den entsprechenden Fragebogen zu beantworten. Es liegen 1.325 auswertbare Fragebögen aus den Diensten und Einrichtungen vor.

Die 1.278 Antwortenden ordneten sich bzw. ihre Einrichtung folgenden Bereichen zu.

Tabelle A9: Zuordnung der befragten Leistungserbringer (N = 1.278) zu Bereichen

Bereich	Gesundheitsversorgung	Teilhabe am Arbeitsleben	Bildung und Erziehung	Soziales Leben	Betriebliche Akteure
Anzahl	224	291	291	326	146
Prozent	17,5 %	22,8 %	22,8 %	25,5 %	11,4 %

Als „Betriebliche Akteure“ waren hier Personen aus Betrieben, Unternehmen, Verwaltungen usw. angesprochen, die von ihren Produkten, Aufgaben und Dienstleistungen her nicht zu einem der Bereiche von Rehabilitation und Teilhabe gehören.

Die 1.131 Antwortenden hatten in ihren Diensten/Einrichtungen folgende Funktionen (Mehrfachantworten waren möglich):

Tabelle A10 Funktionen der Antwortenden in den Diensten und Einrichtungen aus dem Bereich von Rehabilitation und Teilhabe (N = 1.131)

Funktion	Anzahl	Prozent
Leitung oder im Auftrag der Leitung für den Dienst/die Einrichtung	677	59,9
MitarbeiterEbene (einschl. Gruppenleitungen und Fachdienste)	400	35,4
Schwerbehindertenvertreter(in)	15	1,3
Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung	26	2,3
Betriebs-/Werksarzt	1	0,1
Inklusionsbeauftragte(r)	24	2,1
Werkstattrat in einer WfbM	21	1,9
Keine Antwort trifft zu	9	0,8

Mehr als die Hälfte der Antworten wurde also aus Sicht oder im Auftrag des Dienstes bzw. der Einrichtung formuliert.

Zu den 146 betrieblichen Akteuren in einem Betrieb, einem Unternehmen oder einer Verwaltung, die von ihren Produkten, Aufgaben und Dienstleistungen her nicht in einem der Bereiche von Rehabilitation und Teilhabe tätig ist, gehörten vor allem 115 Schwerbehindertenvertretungen (78,8 %).

Adressatengruppe 4 „Dachverbände“

Als vierte Adressatengruppe waren Dachverbände von Diensten und Einrichtungen, welche die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten und/oder Pflegebedürftigkeit fördern gebeten, den entsprechenden Fragebogen zu beantworten. Es liegen auswertbare Fragebögen von 39 Verbänden von Diensten und Einrichtungen vor.

Adressatengruppe 5 „Leistungsträger“

Als fünfte Adressatengruppe waren Reha-Träger im Sinne des SGB IX, Träger von allgemeinen Bildungs- und Erziehungseinrichtungen, Integrationsämter, Jobcenter und sowie Pflegekassen gebeten, den entsprechenden Fragebogen auszufüllen.

Unter den Trägergruppen im Sinne des SGB IX dominiert mit 115 von 187 antwortenden Reha-Trägern im Sinne des SGB IX die Eingliederungshilfe (61,5 %):

Tabelle A11 Zuordnung der Reha-Träger nach SGB IX zu den Trägergruppen (N = 187)

	Anzahl	Prozent
Rentenversicherung	26	13,9
Unfallversicherung	31	16,6
Bundesagentur für Arbeit	13	7,0
Eingliederungshilfe	115	61,5

Außerdem antworteten 13 Integrationsämter und 22 Jobcenter.

Adressatengruppe 6 „Zivilgesellschaft“

Als sechste Adressatengruppe waren Organisationen und Expertinnen und Experten der Zivilgesellschaft (z. B. Sozialverbände, Dachverbände der Selbsthilfe und der Angehörigen) gebeten, den entsprechenden Fragebogen auszufüllen.

Die 177 Antwortenden ordneten sich folgenden Bereichen zu:

Tabelle A12 Zuordnung der Antwortenden zu Bereichen der Zivilgesellschaft (N = 177)

	Anzahl	Prozent
Betroffenen-/Selbsthilfeorganisation	76	42,9
Wohlfahrtsverband	15	8,5
Wissenschaftliche Fachgesellschaft	4	2,3
Politik	4	2,3
Öffentlicher Gesundheitsdienst	6	3,4
Sozialpartner	9	5,1
Experte/Expertin für die selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderung	22	12,4
Anderer Bereich	41	23,2

Die Betroffenen-/Selbsthilfeorganisationen stellten unter den Antwortenden die größte Gruppe.

Anlagen

Teilbericht 1 Gesundheitsversorgung und Medizinische Rehabilitation

Teilbericht 2 Arbeitsleben

Teilbericht 3 Bildung und Erziehung

Teilbericht 4 Soziale Teilhabe – Spezielle Aspekte

Teilbericht 5 Gesellschaftliche Querschnittsthemen