

# **Konsultationsprozess „Corona-Pandemie und Auswirkungen auf Menschen mit Behinderungen“ – Was folgt daraus?**

Matthias-Schmidt-Ohlemann

Online Fachveranstaltung der DVfR  
14. September 2021

„Aus der Pandemie lernen –  
Sicherung von Teilhabe und Inklusion pandemiefest gestalten“

Die Ergebnisse des Konsultationsprozesses sollen heute anhand von oft zugespitzten Thesen diskutiert werden:

**Ziel ist die Sicherung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit auch unter Pandemiebedingungen!**

- Was können, was müssen wir aus der Pandemie lernen?
- Was soll aus der Auswertung der Pandemiefolgen folgen?
- Welche Schritte sind konkret zu unternehmen?

Dazu werden nach diesem einleitenden Vortrag, der übergreifende Fragestellungen bearbeitet, die Herausforderungen in einzelnen Themenfeldern erörtert und mögliche Handlungsoptionen in einer Podiumsdiskussion diskutiert.

Was wollen wir erreichen?

- ➔ Nicht Kritik einzelner Akteure – aber **ehrliche Beschreibung der Probleme**
- ➔ Identifikation von Herausforderungen und Erörterung von **Handlungsoptionen für alle Akteure**
- ➔ Diskussionsbeiträge für Inhalte und **Organisation eines gesellschaftlichen Diskurses** zu erhalten, auch, um diesen begründet einfordern zu können
- ➔ Auch die **Anerkennung und Achtung all dessen, was in der Pandemie von vielen ertragen und geleistet** wurde

1. Kurze Beschreibung des Konsultationsprozesses
2. Idee für eine Agenda
3. Besondere Betroffenheit des Personenkreises der Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit in einer Pandemie anerkennen und beachten!
4. Teilhabesicherung und Gesundheitsschutz gleichberechtigt behandeln!
5. Individuelle personale Unterstützung in Präsenz bei dringlichen Bedarfen sicherstellen
6. Distanz: Einschränkung von Kommunikation, Begegnung, Kooperation und sozialen Beziehungen vermeiden
7. Informiertheit und Gesundheitskompetenz verbessern
8. Hinreichende nationale Datenlage schaffen
9. Breiten Diskurs zur Teilhabesicherung in Pandemien organisieren!

Fragestellung:

- **Welche Auswirkungen hat die Corona-Pandemie auf die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen und/oder Pflegebedarf?**
  - **Wie müssen Reha-Angebote, aber auch Arbeitswelt, das Bildungssystem und andere Bereiche der Gesellschaft verändert werden, um Teilhabe trotz der Pandemie sicherzustellen?**
- Corona-Konsultationsprozess der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR),  
→ unterstützt vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS),  
→ soll das weitere politische Handeln der Bundesregierung und aller anderen Akteure unterstützen.  
→ Der Abschlussbericht des Konsultationsprozesses ist Anlass und Teil, aber natürlich nicht die alleinige Grundlage einer zukunftsweisenden Diskussion, Teilhabesicherung bedarfsgerecht und auch pandemiefest zu gestalten.

Themenfelder für die Beschreibung und Bewältigung von Pandemieauswirkungen:

1. **Gesundheit einschl. medizinischer Rehabilitation**
2. **Arbeit einschl. beruflicher Rehabilitation**
3. **Bildung und Erziehung einschl. Teilhabe an Bildung**
4. **Soziales Leben einschl. sozialer Teilhabe**
5. **Gesellschaftliche Querschnittsthemen aus der Zivilgesellschaft**

→ **Es ist nicht nur ein Ministerium oder ein Politikfeld betroffen!**

→ **Teilhablesicherung des Personenkreises ist Aufgabe vieler Akteure!**

z. B. aller Bundesministerien, der Länder, der Kommunen, der Reha-Träger, der Leistungserbringer, aber auch der Selbsthilfe, der Betroffenen sowie der Zivilgesellschaft insgesamt einschl. ihrer Medien

1. Einholung von rund 200 Stellungnahmen von verschiedenen Akteuren und Expertinnen aus dem Bereich Rehabilitation und Teilhabe (ab Mai 2020)
2. Online-Befragung (November/Dezember 2020)
3. Fünf Teilberichte zu Themenfeldern (März 2021, dazu Diskussion in Expertengruppen März/April 2021)
4. Abschlussbericht (vorläufig, April 2021), dazu Diskussion in Expertengruppen (Mai 2021)
5. Abschlussbericht (final) inkl. Kurzfassung und Teilberichten: Publikation am 2. Juli 2021
- 6. Fachveranstaltung am 14. September 2021**
  - Die Teilberichte bearbeiten zahlreiche Detailfragen.
  - Der Abschlussbericht verdichtet und verallgemeinert.

Die Online-Befragung (November-Dezember 2020) hat als Teil der Konsultation einen besonderen Stellenwert!

- **Besondere Bedeutung: Erleben von Menschen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen oder Pflegebedarf („Betroffene“)**
- Aber auch: **Perspektive der Angehörigen, Leistungserbringer und -verbände, der Leistungsträger** sowie der **Zivilgesellschaft**
- Entwicklung und Durchführung mit Unterstützung des Zentrums für Sozialforschung Halle (ZSH)
- Die 6 Adressatengruppen wurden über die Mitglieder der DVfR und über viele Kooperationspartner breit gestreut angesprochen. Alle Interessierten konnten teilnehmen.
- Mehrere Tausend freie Antworten auf offene Fragen mit zum Teil ausführlichen Problemdarstellungen

Auswertbare Fragebögen nach Adressatengruppen:

- **Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten und/oder Pflegebedürftigkeit**  
N = 3.684
- **Angehörige**  
N = 1.124
- **Dienste und Einrichtungen**  
N = 1.325
- Dachverbände von Diensten und Einrichtungen  
N = 39
- **Leistungsträger**  
N = 244
- **Akteure der Zivilgesellschaft** (einschl. Betroffenen- und Selbsthilfeorganisationen)  
N = 177

**Der KP ist limitiert: Er ist nicht in strengem Sinne repräsentativ. Auch haben sich nicht alle Gruppen von Betroffenen und Akteure gleichermaßen beteiligt. Benachteiligte Personen ohne Voraussetzungen zur Online-Befragung sind wahrscheinlich unterrepräsentiert.**

# Was ist nun zu tun – Ideen für eine Agenda

Es gilt,

1. die **Folgen der Coronaerkrankung selbst (Post- und Long-COVID)** zu erkennen und zu bewältigen.
2. die **Folgen der pandemiebedingten Einschränkungen in den verschiedenen Handlungsfeldern zu ermitteln und zu bewältigen.**
  - Das bedeutet, die relevanten Herausforderungen für die Sicherung der Teilhabe der genannten Personengruppen (und anderer Bürger) zu identifizieren:  
Gesundheitsversorgung und med. Reha, Teilhabe am Arbeitsleben und berufliche Rehabilitation, Bildung und Erziehung und Teilhabesicherung an Bildung, soziales Leben und Lösungen für die Sicherung, Ermöglichung umfassender, selbstbestimmter Teilhabe der Bürgerinnen und Bürger
  - Dazu gehört auch, **die Angebote von Diensten und Einrichtungen und deren Rahmenbedingungen (Verantwortlichkeiten, Spielräume) auch unter Pandemiebedingungen teilhabesichernd zu gestalten.**
3. **Strategien für die Teilhabesicherung bei künftigen Pandemien zu entwickeln.**
4. **offene und dringliche Fragen zu identifizieren, die (in Ruhe) geklärt werden müssen.**
5. weitere Infektionswellen zu vermindern oder so gering wie möglich zu halten.
6. die Strategien in Handlungskonzepte umzusetzen.

## Besondere Betroffenheit von Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten oder Pflegebedarf unmittelbar durch Corona:

- **Heterogene Behinderungs- und Krankheitsbilder**
- Heterogene Betroffenheit durch unterschiedliche Settings und Lebenslagen: Pflegeheimbewohner / Wohnformen für Menschen mit Behinderungen / Menschen in ambulanten Wohnsettings / Jüngere (19-65) Menschen mit Behinderungen / Jüngere Menschen mit chronischen Krankheiten / Kinder und Jugendliche
- Deshalb: **Menschen mit Behinderungen sind nicht per se eine Risikogruppe, wurden aber häufig so behandelt!**
- Durch Corona selbst können **zusätzliche Beeinträchtigungen entstehen** oder sich verschlimmern, v. a. bei Vorerkrankungen, Pflegebedürftigkeit. **Dies trifft den Personenkreis in besonderem Maße, insbesondere wegen vorbestehender erhöhter Morbidität.**

- Der **Zugang zu Gesundheitsleistungen** und damit einer optimalen Behandlung ist bei Behinderungen und Pflegebedürftigkeit **ohnehin oft erschwert** (z. B. mangelnde Barrierefreiheit).
- Die durch Corona erschwerte oder unmöglich gemachte **Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wirkt sich wegen vorbestehender erhöhter Morbidität in höherem Maße** aus:
  - unzureichende Diagnostik (verspätete Erkennung von Erkrankungen)
  - unzureichende Behandlung bei Komplikationen verspätet ins Krankenhaus (z. B. Epilepsieeinstellung u. v. a)
  - Langfristige Schädigungen und Beeinträchtigungen sind wahrscheinlich häufiger.
- ➔ Deshalb ist der Personenkreis (PK) durch die Schließungen oder Einschränkungen bei Einrichtungen der Krankenbehandlung und der Rehabilitation im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in besonderem Maße betroffen.
- ➔ Gerade die Schließung **der speziellen Dienste für Menschen mit Behinderungen** (SPZ, MZEB, Heil- und Hilfsmittelerbringer, Frühförderung, Funktionstraining u. a.) hatte gravierende Auswirkungen.
- ➔ **Durch die eigenen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen hatten betroffene Personen in besonderem Maße Angst vor Ansteckung und deren Folgen.**

# Besondere Betroffenheit: Teilhabe

Eine besondere Betroffenheit des PK ergibt sich durch die **pandemiebedingten Einschränkungen der Teilhabe auf Grund besonderer Lebenslagen, die durch besondere Bedarfe gekennzeichnet sind**, und zwar im Sinne der Angewiesenheit auf:

1. besondere Wohnformen: Heim oder betreute Wohnformen
2. Assistenz, Pflege, alltägliche Unterstützungsleistungen zu Hause, am Arbeitsplatz und in beruflicher Bildung, in Kita, Schule, Hochschule, im sozialen Leben
3. Angehörige / Bezugspersonen / primäres soziales Netzwerk sowie gesetzl. Betreuung
4. spezielle Beförderungsleistungen
5. Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes in erhöhtem Umfang
6. spezifische Leistungen zur Teilhabe (medizinisch, beruflich, an Bildung, sozial)
7. Maßnahmen / Leistungen / Vorkehrungen, die der Inklusion dienen (in Arbeitsleben, Bildung, gesellschaftlichem Leben)

**Solche besonderen Vorkehrungen (i. S. der UN-BRK) benötigen Bürger ohne Behinderungen in der Regel nicht.**

**Sind diese nicht zugänglich, ausgesetzt, vermindert oder qualitativ verändert (Zusammenleben im Heim), kommt es zur besonderen Betroffenheit im Vergleich zu Bürgern ohne Behinderung.**

Den Ersatzangeboten für eingeschränkte Angebote widmet sich der Konsultationsprozess besonders.

Der Personenkreis war dann besonders betroffen, wenn

1. die **für alle Bürger vorgesehenen Ersatzangebote** auch für sie nicht oder nur eingeschränkt nutzbar waren (z. B. kein verfügbares WLAN).
2. **allgemeine Ersatzangebote behinderungsbedingt in spezifischer Weise nicht oder nur eingeschränkt nutzbar waren**, z. B. mangelnde Barrierefreiheit, unzureichende behinderungsspezifische Ausstattung, behinderungsbedingte Nutzungseinschränkungen. (Allgemeine Ausfälle hingegen betrafen alle Bürger.)
3. **die Ersatzleistungen bei den spezifischen Unterstützungs- oder Teilhabesicherungsangeboten nicht angeboten** wurden oder behinderungsbedingt oder wegen anderer Gründe **nicht nutzbar** waren.

Beispiele: Antragsverfahren beim Sozialamt: Brauchen nicht alle Bürger! Barrierefreiheit digitaler Medien: Brauchen nicht alle Bürger.

→ **Eine ähnliche, aber nicht identische Problematik zeigt sich hier für betroffene Personen oder Familien in prekären Lebenslagen.**

# Besondere Betroffenheit: Kritik aus dem Konsultationsprozess

Aus dem Konsultationsprozess, insbesondere bei den Freitexten, aber auch durch die Experten lassen sich folgende Kritikpunkte und damit zugleich **Handlungsimperative** zugespitzt formulieren:

1. **Die besondere Betroffenheit und die daraus resultierenden besonderen Bedarfe** dieses PK wurden in der Öffentlichkeit, in der Politik, aber auch von den Infektiologen, den Epidemiologen und vielen Akteuren **nicht oder nicht angemessen wahrgenommen**.
  2. **Diese wurden weder bei den Handlungsstrategien noch bei der Prüfung der Angemessenheit von Einschränkungen hinreichend berücksichtigt oder einbezogen**. Dies gilt auch für Einrichtungen und Dienste, z. B.: Förderschulen verhielten sich nicht anders als Regelschulen, Pflegeheime befolgten oft nur die Einschränkungsregeln und nutzten vorhandene Alternativen oder Ersatzangebote nicht, Barrierefreiheit von digitalen Ersatzangeboten wurde nicht planmäßig vorgesehen oder hergestellt.
  3. **Zusätzliche ergänzende Unterstützungsleistungen wurden oft nicht angeboten**, über die Möglichkeiten wurde nicht hinreichend informiert, Antragsverfahren erwiesen sich als nicht niedrigschwellig oder deren Bearbeitung erfolgte nicht oder verzögert (Selbstauskunft der Reha-Träger!). Dies gilt insbesondere für Unterstützungsleistungen für Familien mit behinderten Angehörigen.
- Zur Agenda gehört deshalb die Diskussion, **wie die Benachteiligung von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf im Hinblick auf die Teilhabe bei Pandemien verhindert werden kann**.

Zentrale Forderung vieler Befragter war,

- dass sie mit ihren Problemen von der Gesellschaft, v. a. der Politik wahrgenommen werden wollen und
- dass bei der **Bestimmung der Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen zur Infektionsbekämpfung deren Auswirkungen auf die Teilhabe**, d. h. auf ihr Leben, auf Pflege, Arbeit, Bildung und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, aber auch auf die Gesundheitsversorgung **gleichermaßen zu berücksichtigen sind wie die Belange des Infektionsschutzes**.
- **Im politischen Handeln und auch in der Öffentlichkeit dominierten aber Belange der Infektabwehr:** Das RKI oder auch die Stiko haben nämlich zunächst nur die Aufgabe, die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Gesundheit der Menschen bzw. die Überlastung des Gesundheitswesens, insbesondere im Bereich der Intensivmedizin, zu behandeln. Motto: Ohne den Schutz vor schwerer Erkrankung durch Corona oder gar vorzeitigem Tod ist alles andere Nichts. **Deshalb wurden die Folgen für die Teilhabe bei der Bewertung der Angemessenheit unzureichend beachtet.**
- **These: Diese Herangehensweise ist dem Fehlen einer entsprechenden Institution/ Organisation geschuldet, die die Folgen für die Teilhabe (hier aller Bürger, insbesondere auch derer mit Beeinträchtigungen) analysiert, Ersatzangebote prüft und diese Erkenntnisse in den politischen Prozess einbringt. Darin liegt ein Systemversagen, da die Politik dieses Erkenntnisdefizit nicht ausgleichen kann.**

Es hat sich nämlich gezeigt,

- dass, insbesondere bei Heimbewohnern, Kindern und Jugendlichen und ihren Familien, die **erheblichen Einschränkungen durch Distanzierung** mit der Folge von Isolation der Heimbewohner, Schulschließungen und unzureichende Gestaltung von Ersatzangeboten **gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit, die Entwicklung und Bildung und auch auf ein Leben unter Achtung der Menschenwürde, d. h. die Teilhabe** haben.
- dass selbst im Bereich Gesundheit die Folgen gravierend sind: verzögerte Diagnostik, Behandlung, Prävention (Malignome werden deutlich später erkannt, Heilungschancen sind verringert, Schlaganfälle werden nicht rehabilitativ versorgt, etc.)

**Dies macht einen entscheidenden Mangel im Prozess der Entscheidungsfindung deutlich: Denn das RKI ist für Beurteilung der gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen nicht ausreichend kompetent und ausgestattet und auch nicht legitimiert.**

- **Der Politik hingegen fehlte es an einer vergleichbaren wissenschaftlich basierten Beratung im Hinblick auf die Folgenabschätzung der Infektionsabwehrmaßnahmen für die Teilhabe.** Sie musste deshalb z. T. Fragen entscheiden, die einerseits unzureichend aufgearbeitet waren und die sie andererseits in Konflikt mit „der“ wissenschaftlichen Perspektive des RKI brachten.

Folgende Thesen als Diskussionsbeitrag zu Lösungsoptionen:

- 1. Es ist neben dem RKI eine entsprechend ausgestattete Institution erforderlich, die die sozialen, gesellschaftlichen und eben auch teilhabebezogenen Konsequenzen für die Zivilgesellschaft einschl. des besonderen PK abschätzen, bewerten und die Erkenntnisse gleichberechtigt in den politischen Diskurs einbringen kann.**
  - Nur so ist es möglich, politisches Handeln umfassend zu legitimieren.
  - Die Akzeptanzprobleme in der Bevölkerung lassen sich wahrscheinlich zumindest teilweise durch die Beseitigung von Begründungs- bzw. Legitimationsdefiziten vermindern.
  
- 2. Die Sicherung der Teilhabe bedarf der sozialwissenschaftlichen, pädagogischen, pflegerischen, ökonomischen und ethischen sowie auch gesundheitswissenschaftlichen Expertise (Public Health). Dies machen vorliegende Studien deutlich (COPSY, Pflegereport, VdK-Pflegestudie, Melanomfrüherkennung, DAK-Report usw.).**
  
- 3. Disability Mainstreaming ist als handlungsleitendes Prinzip regelhaft und nicht als „add on“ oder gar „nice to have“ breit zu verankern.**

Ein zentrales Problem war, dass durch die Einschränkungen (Besuchsregelungen, Kontaktbeschränkungen) individuelle personale Unterstützung, Förderung und Behandlung trotz dringlicher Bedarfe häufig nicht gewährleistet waren.

Eine gewisse **Ausnahme** stellten die unmittelbare **ambulante und stationäre Pflege/Betreuung** und z. T. die **persönlichen Assistenzen** bei ambulanten Wohnformen dar: Offenbar in Anerkennung der existentiellen Bedarfe wurden diese zwar eingeschränkt, aber doch überwiegend sichergestellt. Das ergab der Konsultationsprozess eindeutig, und das wird auch durch Studien (Pflegerreport etc.) belegt.

Das gilt jedoch für zahlreiche andere individuelle personale Unterstützungsleistungen nicht:

z. B. für Frühförderung, Heilmittel, ärztliche Behandlung, Schulassistentz, Arbeitsassistentz, Lernassistentz und auch medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen u. a. trotz vorhandener Dringlichkeit.

**Sehr dringliche Bedarfe sind eher zu befriedigen als weniger dringliche.**

Was heißt also **dringlich**? Z. B.:

- Nehmen wir hin, dass Menschen mit Schlaganfall oder Hüftfraktur monatelang im Heim ohne Physiotherapie oder Logopädie bleiben?
- Nehmen wir hin, dass die Frühförderung über Monate ausgesetzt wird?
- Nehmen wir hin, dass Schülerinnen und Schüler mit Beeinträchtigungen (und andere Benachteiligte) ohne individuelle und personbezogene Unterstützung bleiben?
- Nehmen wir hin, dass Menschen in Pflegeheimen vereinsamen oder alleine sterben?
- Nehmen wir hin, dass betroffene Personen oder Familien ohne Beratung bleiben?

**Eine Anerkennung besonderer Dringlichkeit liegt auch dann nahe, wenn Ersatzangebote mittels z. B. digitaler und telefonischer Kommunikation nicht ausreichend gestaltet werden können.**

**Hier bedarf es einer gesellschaftlichen Diskussion über die Anerkennung von individueller personaler Unterstützung bei dringlichen Bedarfen, um individuelle personale Unterstützung in Präsenz trotz Pandemie zu ermöglichen. Dazu sind personbezogene Gefährdungsanalysen und Bedarfsermittlungen notwendig.**

**Künftige Strategien sollten deshalb die Bedingungen klären, unter denen persönliche Unterstützungsleistungen bei dringlichem Bedarf trotz allgemeiner Besuchs- und Kontakteinschränkungen doch ermöglicht werden können.**

Dies beinhaltet u. a.:

1. eine kritische Prüfung der allgemein-offiziellen Beurteilung der epidemiologischen Gefährdungssituation,
2. **eine Definition des Spielraumes für individuell mögliche Leistungen in Präsenz und der möglichen Vorkehrungen durch die Dienste und Einrichtungen.** (Dazu gibt es positive Beispiele, da solche Spielräume durch manche Einrichtungen der Altenhilfe und v. a. auch der Behindertenhilfe durchaus entwickelt und genutzt wurden, u. a. **durch individuelle oder settingbezogene Gefährdungsanalysen.**)
3. **Dies sollte unter Beteiligung der Betroffenen und unter Beteiligung ihrer sozialen Gemeinschaft** (z. B. Heimbeirat, vgl. Lob-Hüdepohl) **erfolgen.**
4. Dabei könnte quasi eine „Umkehrung der Beweislast“ für stationäre Einrichtungen angedacht werden: Rechtfertigung der Einschränkungen gegenüber möglichen Lockerungen
5. Spielräume bestehen auch im Hinblick auf die Umwandlung von Angeboten innerhalb von Einrichtungen in individuelle Leistungen in häuslicher Umgebung! (Hausbesuche z. B. in der Frühförderung, durch Lehrkräfte, durch Therapeuten etc.), aber auch durch Online Angebote.

Die Betroffenen und ihre Angehörigen beklagten vor allem:

- **die Einschränkungen der alltäglichen Begegnung, der Kommunikation, der zwischenmenschlichen Beziehungen und der privaten Unterstützungsmöglichkeiten** und
- **die Einschränkungen der personalen Unterstützung und damit der sozialen Beziehungen durch nicht im Haushalt lebende An- und Zugehörige.**

Und zwar

- für Singles, Familien, in Heimen oder betreuten Wohnformen im privaten Bereich
- für wegen Unterstützungs-, Assistenz- oder Pflegebedarf besonders betroffene Menschen
- Bedeutsame Faktoren dafür waren u. a.:
  - Kontaktbeschränkungen im privaten und institutionellen Bereich
  - Ängste der Betroffenen vor Ansteckung
  - unzureichende Schutzausrüstung (v. a. zu Beginn), Unklarheit über erfolgversprechende Schutzvorkehrungen oder deren unzureichende Befolgung

Bei dem **Erlass von meist sehr pauschalen Kontaktbeschränkungen** wurden insbesondere 2 Aspekte missachtet:

1. **die elementare Bedeutung von Kommunikation und personaler, auch körpervermittelter Zuwendung für die Würde des Menschen und für die seelische und oft auch die körperliche Gesundheit.**
2. **die Bedeutung elementarer Unterstützung von Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen, die einen Unterstützungsbedarf bedingen.**

**Die Bewältigung dieses Kommunikations-, Beziehungs- und Unterstützungszugs wurde privatisiert und individualisiert: Es gab dazu keine hinreichende öffentliche Diskussion von Lösungsmöglichkeiten.**

- Betroffene Personen, Familien blieben oft ratlos, hilflos und konnten für sich oft keine alternativen Möglichkeiten finden.
- Bezugspersonen waren an Zuwendung, Unterstützung und Hilfe gehindert.
- Öffentlichkeit und auch Dienste und Einrichtungen haben sich dieses Problems nicht hinreichend angenommen, wenngleich die Situation Pflegebedürftiger in Heimen durchaus öffentlich kritisiert wurde.

**→ Die Notwendigkeit der Erhaltung von Kommunikation, Begegnung, Kooperation und sozialen Beziehungen sowohl im privaten Kontext unter Einschluss der primären sozialen Netzwerke als auch bei Bildung und Erziehung muss Beschränkungen Grenzen setzen und muss gesellschaftlich anerkannt werden.**

In Zukunft kommt es darauf an zu erreichen,

1. dass **physische Distanzierung nicht auch den gleichzeitigen Verlust von kommunikativen, kooperativen und sozialen Aktivitäten sowie soziopsychosomatischer Unterstützung bedeuten muss.**  
**Handlungsleitende Hypothese ist hier: Kommunikation, soziales Miteinander und Kooperation lassen sich (mit Abstrichen und einigen qualitativen Änderungen) auch ohne Präsenz durch Ersatzangebote verwirklichen (vgl. im Ausland lebende Angehörige).**
2. **Bei dringlichem Bedarf an Präsenz, der auf Grund dringender Kommunikations-, Versorgungs-, Assistenz- und Unterstützungsbedürfnisse über die in der Pandemie bislang tolerierten Präsenzen hinausgeht, ist diese Notwendigkeit anzuerkennen und Präsenz, soweit irgend vertretbar, zu ermöglichen.**  
**Handlungsleitende Hypothese ist hier: Es gibt hinreichend Schutzvorkehrungen, die dies verantwortlich (auf der Basis von Gefährdungsanalysen) durchführbar erscheinen lassen, auch in Heimen.**
- **Ein finanzieller (Mehr-)Aufwand für die betroffenen Personen sowie die für die Dienste und Einrichtungen entstehenden Personal- und Sachkosten sind innerhalb der Leistungsgesetze (z. B. Grundsicherung) sowie bei den Leistungsvereinbarungen zu berücksichtigen. Ggf. sind diese anzupassen.**

Bestandteil einer Agenda muss deshalb die Diskussion folgender Fragen sein:

1. Wie kann zumindest die (dringend) notwendige Unterstützung bzw. Assistenz bei der Aufrechterhaltung von Kommunikation, Kooperation (z. B. beim Lernen) und sozialen Beziehungen ermöglicht oder erleichtert werden?
  - von **einzelnen Personen**
  - von **Familien und ihren primären sozialen Netzwerken**
  - von **Gruppen in den zentralen Lebensbereichen (Kitas, Schulen, Rehaeinrichtungen usw.)**

und zwar jeweils

- **in Präsenz** z. B. durch räumliche (mehr Raum für Abstand), technische (Luftfilter), organisatorische (Entzerrung und Kontaktregelungen) Maßnahmen unter Berücksichtigung vorhandener (oder bei künftigen Pandemien noch fehlender) Test- und Impfstrategien? oder
- **in Distanz** mittels von den einzelnen betroffenen Personen gut nutzbarer digital vermittelter Kommunikation (Videokonferenz auch im privaten Bereich, AG-Arbeit in konstanten, digital verknüpften Gruppen usw.)

## Informiertheit und Gesundheitskompetenz

- Der Konsultationsprozess (KP) zeigte, dass nur ein Teil der Befragten sich hinreichend informiert fühlt, und zwar sowohl im Hinblick auf die medizinischen Aspekte der Pandemie als auch im Hinblick auf die Abwendung der Folgen der Einschränkungen.
- Es fehlt eine zuverlässige und glaubwürdige, breit akzeptierte Informationsgrundlage.
- Informationsaufnahme und deren Auswertung sind durch die mangelnde Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung nur begrenzt möglich.
- **Agenda: Steigerung der Gesundheitskompetenz und Schaffung einer glaubwürdigen allgemeinen Informationsplattform, die auch soziale und Teilhabeaspekte berücksichtigt (s.o.).**

## Nationale Datenlage

- Eine effektive Strategie zur Virusbekämpfung und Pandemiefolgenvermeidung und -bewältigung setzt gute Daten nicht nur virologischer und epidemiologischer Natur, sondern auch zu den Folgen für die Teilhabe voraus.
- Die Datenlage aus Deutschland im Verlauf der Pandemie wird überwiegend als unzureichend beschrieben, sehr häufig muss auf Daten anderer Länder zurückgegriffen werden, Teilhabeaspekte sind kaum berücksichtigt.
- **Agenda: Diskussion über notwendige Daten und Strategieentwicklung zur zeitnahen und umfassenden Datenerhebung.**

**Thema des Diskurses könnte sein:**

**Ein spezifischer Masterplan „Teilhablesicherung in einer Pandemie“ mit den gleichberechtigten Komponenten**

- 1. Gesundheitssicherung**
- 2. Teilhablesicherung**

**Teilhablesicherung (und auch Gesundheitsschutz) sind nicht isoliert als Einzelthemen aufzufassen bzw. auf ein gesellschaftliches Subsystem (hier soziale Sicherung oder gar eng „Behindertenpolitik“) zu begrenzen, sondern einzubetten in eine umfassende, nachhaltige und am Disability Mainstreaming orientierte politische Agenda.**

**Ein Masterplan könnte sich an den im Konsultationsprozess identifizierten Handlungsfeldern orientieren:**

1. Gesundheit und medizinische Rehabilitation
2. Arbeitswelt und berufliche Rehabilitation
3. (Inklusive) Bildung und Erziehung und Teilhabe an Bildung
4. Soziale Teilhabe (einschl. Familie, soziale Netzwerke, Sozialräume)
5. Zivilgesellschaft und Querschnittsthemen

## Handlungsleitende Prinzipien/Eckpunkte:

1. Disability Mainstreaming
2. Barrierefreiheit, Universal Design
3. Armutsfestigkeit (prekäre Lebenslagen verbessern)
4. Gleichstellung, Benachteiligungsverbot und Nachteilsausgleiche
5. **Beteiligung betroffener Personen und ihrer Organisationen an Entscheidungsprozessen auf allen Ebenen**
6. **Sektoren- und subsystemübergreifende Handlungsstrategien (z. B. Bildung und Erziehung + Eingliederungshilfe, Bildung + Arbeitswelt, Kinder- und Jugendhilfe + Eingliederungshilfe u. a.)**
7. **Stärkung der Handlungsspielräume und der Verantwortlichkeit für die Teilhablesicherung in den Diensten und Einrichtungen: Übernahme von Verantwortung für Teilhablesicherung und Infektionsschutz**
8. **Familienorientierung (bzw. Stärkung primärer sozialer Netzwerke)**
9. **Personbezogene Erfassung und Anerkennung der wesentlichen Versorgungs- und Teilhabebedarfe der einzelnen betroffenen Menschen für die individuelle Abwägung der Verhältnismäßigkeit von Einschränkungen (Schutz vs. Teilhabe) einschließlich Gefährdungsanalysen und der Dringlichkeit.**
10. Keine Beschränkungen ohne Ersatzangebote auch für den besonderen Personenkreis!
11. Arbeitsschutz

## **Mögliche Handlungsoptionen auf der politischen Ebene:**

- Enquete-Kommission
- Institution für die Teilhabsicherung aller Bürgerinnen und Bürger analog RKI
- Koordinierte Forschung und Datenerhebung
- Handlungsfeldbezogene interministerielle Arbeitsstrukturen
- Klärung von Zuständigkeiten Bund/Länder/Kommunen
- Schließung leistungsrechtlicher Lücken (Unterstützung von Familien)

## **Mögliche Handlungsoptionen für Reha-Träger und Dienste und Einrichtungen:**

- Qualitätsdiskurs Teilhabsicherung in der Pandemie
- Umfassende Schutzschirmregelungen
- Erreichbarkeit und Handlungsfähigkeit der Reha-Träger strategisch sichern
- Strategie zur Erfassung dringlicher Unterstützungsbedarfe
- Notbetreuungen ausbauen

## **Mögliche Handlungsoptionen auf individueller Ebene**

- Stärkung der Gesundheitskompetenz
- Informationsplattform zu Unterstützungsmöglichkeiten
- Stärkung der Mediennutzung und -kompetenz (einschl. materieller und technischer Voraussetzungen)

- **„Doch handelt es sich dabei in aller Regel keineswegs um Corona-spezifische Defizite im Hinblick auf die akute Bewältigung der Pandemie. Vielmehr werden in den meisten Fällen strukturelle Defizite der Versorgung sichtbar, die schon lange vor Corona bekannt waren.“ (Pflege-Report 2021)**
- **Konsequenzen aus den Erfahrungen während der Pandemie sind wichtig auch für pandemiefreie Zeiten.**
- **Auch Menschen ohne Beeinträchtigungen dürften von einer Stärkung der Teilhabe profitieren.**
- **Der dringend notwendige Diskurs muss gewollt sein und organisiert werden. Es darf nicht bei Absichtsbekundungen bleiben. Erste Schritte müssen sichtbar werden.**
- **Alle Akteure sind dafür verantwortlich, dass dieser Diskurs zumindest in ihrem Verantwortungsbereich stattfindet.**

**Konsultationsprozess „Corona-Pandemie und  
Auswirkungen auf Menschen mit Behinderungen“ –  
Was folgt daraus?**

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**