

Hessisches Sozialministerium
Beauftragter der Hessischen Landesregierung für Menschen mit
Behinderungen
Regierungspräsidium Gießen, Abteilung Soziales
Hessisches Koordinationsbüro für behinderte Frauen

Menschen mit Behinderung
in ärztlicher, zahnärztlicher
und therapeutischer Behandlung

Handlungsorientierung

für Ärztinnen, Ärzte,
Zahnärztinnen, Zahnärzte,
Therapeutinnen, Therapeuten
und Praxispersonal



Impressum

Herausgeber: Hessisches Sozialministerium
Dostojewskistr. 4
65187 Wiesbaden
www.hsm.hessen.de

Redaktion:

Clemens Beraus für den Beauftragten der Hessischen Landesregierung für
Menschen mit Behinderungen beim Hessischen Ministerium des Innern und für
Sport;
Ruth Böhr, Regierungspräsidium Gießen RP), Abteilung Soziales;
Liane Grewers, Hessisches Sozialministerium (HSM);
Rita Schroll, Hessisches Koordinationsbüro für behinderte Frauen (hkbF);
Susanne Andriessens, HSM (verantwortlich)

Druck: Hausdruck, HSM, Juni 2011 (Überarbeitung des bisher veröffentlichten
Fortbildungskonzepts 1. Auflage August 2010)

Als pdf-Download finden Sie diese Publikation auch auf folgenden Webseiten:
www.hsm.hessen.de unter Informationsmaterial
www.behindertenbeauftragter.hessen.de
www.rp-giessen.de
www.fab-kassel.de/hkbF/thema.html

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	4
Einleitung	5
Behandlung von Menschen mit Behinderung	8
Ärztliche, zahnärztliche und therapeutische Behandlung	10
Praxisorganisation	13
Ausstattung der Praxis	15
Klassifizierung für Praxen	19
Anlage 1: Auszug aus der Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung	21
Artikel 25 Gesundheit	21
Artikel 26 Habilitation und Rehabilitation	22
Anlage 2: § 17 Sozialgesetzbuch I „Ausführung der Sozialleistungen“	23
Anlage 3: § 46 Hessischen Bauordnung „Barrierefreies Bauen“	24
Verfasser/innen	25

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich, Ihnen diese „Handlungsorientierung für Ärztinnen, Ärzte, Zahnärztinnen, Zahnärzte, Therapeutinnen, Therapeuten und Praxispersonal“ präsentieren zu können. Sie soll Ihnen als Unterstützung für die Kommunikation mit Menschen unterschiedlicher Behinderungen und bei der Herstellung einer weitgehenden Barrierefreiheit in Praxisräumen dienen.

Leider führen Missverständnisse in der Kommunikation nicht selten zu Fehldiagnosen oder einer unpassenden Behandlung. Die vorliegende Handlungsorientierung soll dazu beitragen, Kommunikationsschwierigkeiten abzubauen und so die Basis Behandlungsmöglichkeiten noch weiter zu verbessern. Neben Bausteinen für eine gute Kommunikation soll die Handlungsorientierung medizinischem Personal eine Hilfestellung dabei geben, zentrale Punkte bei der Einrichtung einer barrierefreien Praxis zu beachten. Barrierefreiheit in Praxisräumen muss nicht immer verbunden sein mit großen finanziellen Aufwendungen. Wesentliche Erleichterungen sind meist mit kleinen Veränderungen und Nachrüstungen möglich. Wird Barrierefreiheit von Anfang an mit eingeplant, können die Mehraufwendungen im Verhältnis zu den Gesamtkosten gering gehalten werden.

Die vorliegende Handlungsorientierung ist außerdem ein Beitrag des Hessischen Sozialministeriums zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Seit Anfang des Jahres ist eine Stabsstelle im Hessischen Sozialministerium für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention zuständig. Ihre Arbeit wird wegweisend für die Hessische Behindertenpolitik in den nächsten Jahren sein.

Ich wünsche Ihnen eine informative Lektüre der Handreichung.

Einleitung

Menschen mit Behinderung, sei es in Form einer körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörung oder einer Behinderung des Hör- oder Sehvermögens, finden an vielen Orten und Einrichtungen Barrieren vor, baulicher und inhaltlicher Art sein können.

Solche Barrieren sind auch in Arzt- und Zahnarztpraxen, bei Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten und vielen anderen für Menschen mit Behinderung wichtigen medizinischen Einrichtungen vorhanden. Sie erschweren eine gleichberechtigte Teilhabe an der medizinischen Versorgung.

Besonders zu erwähnen sind nicht ausreichend vorhandenes Informationsmaterial, fehlende Aufzüge für Rollstuhlfahrer und Kommunikationsschwierigkeiten für Menschen, die sich schlecht oder gar nicht ausdrücken können.

Da gerade Menschen mit Behinderung in hohem Maße auf die Dienstleistungen des Gesundheitswesens angewiesen sind, ist es wichtig, optimale Rahmenbedingungen zu schaffen.

Mit unserer Handlungsorientierung wollen wir Anregungen geben, wie Barrieren abgebaut werden können.

Unsere Ziele sind eine Sensibilisierung für die Belange von Menschen mit Behinderung, eine Optimierung der Kommunikation und Unterbreitung von Vorschlägen bei der Ausstattung einer barrierefreien Arztpraxis, Zahnarztpraxis und Therapieeinrichtung.

Diese Ziele stehen im Einklang mit der Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BRK), die am 26.03.2009 in das deutsche Recht übernommen wurde.

Damit anerkennt die Bundesrepublik Deutschland das Recht von Menschen mit Behinderungen auf eine unentgeltliche oder erschweringliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie für Menschen ohne Behinderung. Dies schließt sexual- und fortpflanzungsmedizinische Gesundheitsleistungen und der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehende Programme des öffentlichen Gesundheitswesens mit ein (Artikel 25a BRK – *siehe Anlage 1*).

Darüber hinaus ist die Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, „durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen (zu) schärfen;“ (Artikel 25d BRK – *siehe Anlage 1*).

Weiterhin fördern die Vertragsstaaten „die Entwicklung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte und Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnen in Habilitations- und Rehabilitationsdiensten.“ (Artikel 26 Abs. 2 BRK – *siehe Anlage 1*).

Bereits vor dem Inkrafttreten der BRK hat der Bundesgesetzgeber im § 2a des Sozialgesetzbuch V festgelegt: „Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.“

Auch in der Anlage 1 der Musterberufsordnung für Ärzte (MBO) finden sich folgende Kriterien für den regelhaften Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit den Patienten und Patientinnen, die in vollem Umfang auch für Menschen mit Behinderung gelten:

„Eine korrekte ärztliche Berufsausübung verlangt, dass Ärztinnen und Ärzte beim Umgang mit Patientinnen und Patienten

- ihre Würde und ihr Selbstbestimmungsrecht respektieren,
- ihre Privatsphäre achten,
- über die beabsichtigte Diagnostik und Therapie, ggf. über ihre Alternativen und über ihre Beurteilung des Gesundheitszustandes in für die Patientinnen und

Patienten verständlicher und angemessener Weise informieren und insbesondere auch das Recht, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, respektieren,

- Rücksicht auf die Situation der Patientinnen und Patienten nehmen,
- auch bei Meinungsverschiedenheiten sachlich und korrekt bleiben,
- den Mitteilungen der Patientinnen und Patienten gebührende Aufmerksamkeit entgegenbringen und einer Patientenkritik sachlich begegnen.“

Diese allgemeinen Grundsätze sollen auch Leitlinie für die folgende Handlungsorientierung sein.

Behandlung von Menschen mit Behinderung



Ein wichtiger Aspekt in der Behandlung von Menschen mit Behinderung ist die Herstellung von Barrierefreiheit. Ein barrierefreier Zugang zu allen erforderlichen medizinisch-therapeutischen Leistungen sollte auch und insbesondere den Kleinsten in unserer Gesellschaft gewährt werden. Gerade das frühzeitige Erkennen und Behandeln von Gesundheitsstörungen bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Vorschulalter und auch das Erkennen einer drohenden Behinderung durch Ärzte und Therapeuten ermöglicht präventives Handeln und die bestmögliche, weil frühzeitige Förderung. Trotz eines in Hessen bereits gut ausgebauten Systems „Früher Hilfen“ gibt es auch hier noch Möglichkeiten, Barrieren in der medizinischen Behandlung abzubauen.

In dem Bewusstsein, dass es unmöglich sein wird, für jeden Menschen eine barrierefreie Umwelt bereit zu stellen, beabsichtigt die vorliegende Handlungsorientierung eine Aufklärung über Möglichkeiten einer barrierearmen medizinischen Behandlung und gibt Informationen zur barrierearmen Ausgestaltung einer Praxis.



In Zeiten von Fallmanagement, Budgetierung und der Tendenz zu einem optimal gesteuerten Praxisablauf setzt die Beschäftigung mit Fragestellungen, die „aus dem vorgegebenen Behandlungsmuster“ fallen, ein höheres Engagement voraus. Auch die demographische Entwicklung unserer Gesellschaft und die Einbeziehung des präventiven Aspekts macht eine generelle Beschäftigung mit diesem Thema sinnvoll und lohnend.

Die nachfolgenden Ausführungen spiegeln die Erfahrungen von Menschen mit Behinderung in Arzt-/ Zahnarztpraxen und therapeutischen Einrichtungen. Ausgangspunkt für unsere Überlegungen war eine Tagung mit der Landesärztekammer Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen am 09. Dezember 2006 zum Thema „Die gesundheitliche Versorgung von Frauen mit Behinderung“. Hier wurden erstmals Fragestellungen zu der gesundheitlichen Behandlung von Menschen mit Behinderung ge-

sammelt. Mit unserer Handlungsorientierung geben wir Antworten und dadurch Anregungen, die gewohnten Abläufe zu überprüfen und zu optimieren.

Damit unterstützen wir das Bemühen vieler Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, sowie Therapeutinnen/Therapeuten, sich mit einem hohem Engagement den Schwierigkeiten zu stellen.

Ein Schwerpunkt unserer Handlungsorientierung ist die Kommunikation mit behinderten Patientinnen und Patienten, die auf die Besonderheiten der Behinderung ausgerichtet ist und eine individuell erforderliche Vorgehensweise berücksichtigt.

Ärztliche, zahnärztliche und therapeutische Behandlung

Die besonderen Erfordernisse für eine medizinische Behandlung von Menschen mit Behinderung reichen von einem kaum erkennbaren Unterschied zu einer Behandlung von Menschen ohne Behinderung bis hin zu einem zeitlichen und/ oder organisatorisch wesentlich höheren Aufwand.

Unter Beachtung der individuellen Erfordernisse lassen sich einige allgemeine Vorschläge zur Optimierung der Kommunikation benennen:

- Wir empfehlen, die betreffende Patientin / den betreffenden Patienten immer direkt anzusprechen und nach den besonderen Bedürfnissen, dem Hilfe - und Informationsbedarf zu fragen. Das gilt sowohl für die behandelnden Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Therapeutinnen/Therapeuten als auch für das Praxispersonal.
- Es ist immer freundlich und höflich, Menschen mit Behinderung Unterstützung anzubieten. Jedoch sollte vorab gefragt werden, ob Unterstützung gewünscht wird und falls ja, in welcher Art und Weise.
- Es entspricht dem Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit Behinderung wie von jedem Menschen ohne Behinderung, direkt angesprochen zu werden und nicht indirekt über die anwesende Begleitperson. Als persönliche Anrede empfehlen wir das „Sie“, auch dann, wenn erwachsene Menschen mit Behinderung einen kindlichen Eindruck erwecken. Nur wenn eine andere Anrede gewünscht wird, sollte auf das „Du“ übergegangen werden.
- Auch wenn es sich um einen Menschen handelt, der nicht sprechen und/oder hören kann, ist eine Kommunikation mit ihm über Blickkontakte erforderlich. Dieser höhere Zeitaufwand ist auf jeden Fall sinnvoll, um langfristig eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und die Mitwirkung des Menschen mit Behinderung bei Behandlung und Therapie zu fördern.

- Weicht die Behandlungsempfehlung aufgrund einer vorhandenen Beeinträchtigung von der Regel ab, sollten die Gründe dafür benannt werden.
- Im Kontakt mit Menschen mit einer „geistigen“ oder Lernbehinderung sollte leichte Sprache ⁽¹⁾ verwendet werden. Dies bedeutet: langsam sprechen, kurze Sätze bilden, einfache Worte verwenden und nachfragen, ob das Gesagte verstanden wurde.
- Bei einer Terminvorbereitung mit gehörlosen ⁽²⁾ oder schwerhörigen Menschen ⁽³⁾ sollte immer auf die Möglichkeit der Hinzuziehung von Gebärdensprachdolmetscherinnen/ Gebärdensprachdolmetschern hingewiesen werden. Hörbehinderte Menschen haben nach § 17 Abs. 2 Sozialgesetzbuch I (*Anlage 2*) das Recht, bei der Ausübung von Sozialleistungen, insbesondere bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, Gebärdensprache zu verwenden. Die für die Sozialleistungen zuständigen Leistungsträger (in der Regel die Krankenkassen) sind verpflichtet, die durch die Verwendung von Gebärdensprache entstehenden Kosten zu tragen.
- Muss blinden oder stark sehbehinderten Personen eine Behandlung erklärt werden, die man sehenden Personen mittels einer Abbildung zeigt, sollte nach vorheriger Einwilligung der Patientin/ des Patienten die Behandlung am Körper der betroffenen Patienten demonstriert werden. Dabei sollten die Patienten nicht unnötig angefasst, sondern für Erklärungen ggf. deren Hände geführt werden.
- Es sollte darauf geachtet werden, dass allgemeine Informationen auch von allen Patientinnen/Patienten verstanden werden. Sinnvoll ist das Vorhalten von wichtigen Texten in leichter Sprache für Menschen mit Lernbehinderung oder

1 Vgl. hierzu das von Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e. V. herausgegebene Wörterbuch für leichte Sprache ISBN 978-3-937945-08-8

2 Ein Mensch, der ohne oder nur mit einem rudimentären Hörvermögen geboren wurde oder der sein Hörvermögen vor oder bereits im Frühstadium der Spracherlernung verloren hat, ist prälingual **gehörlos** zu nennen. Dagegen ist ein Mensch, der sein Hörvermögen erst nach der Spracherlernung eingebüßt hat, als postlingual **ertaubt** zu bezeichnen (Löwe, A.: Früherfassung, Früherkennung, Früherziehung hörgeschädigter Kinder, Berlin 1992). Gehörlose Menschen sind aufgrund des sehr frühzeitigen Hörverlustes im Sprachverständnis in besonderer Weise gehandicapt.

33 Als **schwerhörig** werden diejenigen Personen bezeichnet, die infolge eines vorübergehenden oder andauernden Defektes des Gehörs eine verminderte Hörfähigkeit besitzen, aber noch imstande sind, akustische Eindrücke und Sprache - eventuell mit Hilfe von Hörgeräten - über das Ohr wahrzunehmen. Jussen, H.: Schwerhörige und ihre Rehabilitation, In: Deutscher Bildungsrat (Hrsg.), Gutachten und Studien der Bildungskommission. Bd. 30, Stuttgart 1973, S. 185-316

„geistiger Behinderung“, von Gebärdensprachvideos für Menschen mit Gehörlosigkeit oder von Hör-CDs und Großdrucken für blinde und sehbehinderte Menschen. Ein Hinweis auf anderweitige Quellen zur Erlangung von entsprechenden Informationen ist ebenfalls hilfreich, z.B. bei den Krankenkassen, Behindertenverbänden und im Internet.

- Abfragen von gesundheitlichen Beschwerden und einer bestehenden Medikation sollten mittels standardisierter Fragebögen erfolgen, die, wenn möglich, mindestens einmal pro Quartal aktualisiert werden sollten. Hierdurch sind Kontraindikationen leichter zu erkennen.

Gerade in traumatischen Situationen, z.B. frühere Erfahrung von Hilflosigkeit und Kontrollverlust, ist das Zusammenspiel von psychischem Ausnahmezustand und der jeweiligen Behinderung bei medizinischen Behandlungen oft besonders problematisch. Diese Situation kann bisweilen durch die Anwesenheit einer Vertrauensperson des Menschen mit Behinderung gelindert werden. Deshalb empfehlen wir im individuellen Einzelfall zu prüfen, ob in den geschilderten Situationen Begleitpersonen, abweichend von der Regel, auch bei den medizinischen Behandlungen, die normalerweise ohne Anwesenheit von Dritten durchgeführt werden müssen, zugegen sein dürfen.

Praxisorganisation

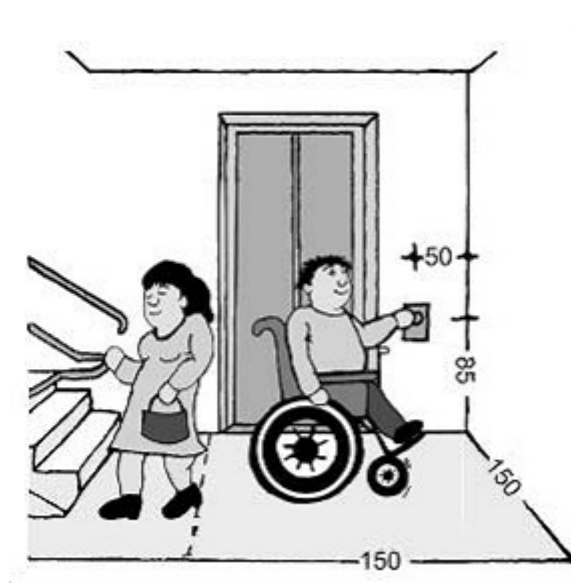
Bei der Organisation von Arztpraxen oder Therapieeinrichtungen empfehlen wir die Berücksichtigung folgender Gesichtspunkte:

- Bei der Terminvergabe sollte beachtet werden, dass aufgrund der Behinderung für die ärztliche/zahnärztliche Behandlung evtl. mehr Zeit veranschlagt werden muss. Gehörlose und gebärdensprachorientierte schwerhörige Menschen sollten schon bei der Terminvergabe darauf hingewiesen werden, dass sie zur Behandlung eine Gebärdensprachdolmetscherin/ einen Gebärdensprachdolmetscher hinzuziehen können, wenn niemand in der Arztpraxis die Gebärdensprache beherrscht. Die Krankenkassen haben die entstehenden Kosten gemäß § 17 Abs. 2 Sozialgesetzbuch I zu übernehmen. Weil hörbehinderte Menschen in der Regel Dolmetscherdienste kennen, ist es sinnvoll, wenn sie selbst ihre Krankenkasse von der Inanspruchnahme einer Gebärdensprachdolmetscherin/ eines Gebärdensprachdolmetschers bei der ärztlichen Untersuchung und Behandlung informieren und die notwendige Terminabsprache mit dem Dolmetscherdienst und der Arztpraxis übernehmen.
- Ein Abfragen von gesundheitlichen Beschwerden und einer bestehenden Medikation sollte mittels standardisierter Fragebögen erfolgen. Wenn es erforderlich ist, sollte das Ausfüllen durch das Praxispersonal gemeinsam mit dem behinderten Menschen erfolgen. Die Angaben sind regelmäßig bei jedem Arztbesuch, mindestens einmal pro Quartal, auf ihre Richtigkeit und Vollständigkeit zu überprüfen. Diese Art der Abfrage ist insbesondere bei hochgradig schwerhörigen und gehörlosen Menschen eine wesentliche Form der Kommunikation.
- Menschen mit Behinderung sollten auf jeden Fall bei der ersten Behandlung aus dem Wartezimmer abgeholt und in den Behandlungsraum begleitet werden. Bei weiteren Behandlungen empfehlen wir, dies individuell zu besprechen.
- Sehbehinderten und blinden Menschen sollte das Rezept vor der Übergabe vorgelesen und erläutert werden, damit Fragen zur Medikation sofort geklärt werden können und fehlende Angaben erkannt werden, z.B. die ergänzende Verordnung eines Hausbesuches im Bereich der Physiotherapie.

- Schwerstmehrfachbehinderte Menschen sollten ggfs. mittels einer basalen Stimulation auf eine Untersuchung vorbereitet werden. Das kann z.B. durch eine Klopfmassage an den Außenseiten von Armen oder Beinen erfolgen.

Ausstattung der Praxis

In dem Wissen, dass keine Arztpraxis allen behinderungsbedingten Bedürfnissen entsprechen kann, sollen hier dennoch die, aus unserer Sicht wichtigsten, Voraussetzungen für eine weitgehend barrierefreie bzw. behindertengerechte Praxisausstattung vorgestellt werden. Es werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie eine Praxis möglichst barrierefrei gestaltet werden kann.



Zur Abbildung: Die Praxis sollte ohne Stufen oder mit einem Aufzug erreichbar sein.



Zur Abbildung: Ist dies nicht der Fall, müssen an Stufen und Treppen Handläufe angebracht sein. Die erste und letzte Stufe sollten sich durch tasterbaren Bodenbelag und farbliche Kontrastierung abheben.

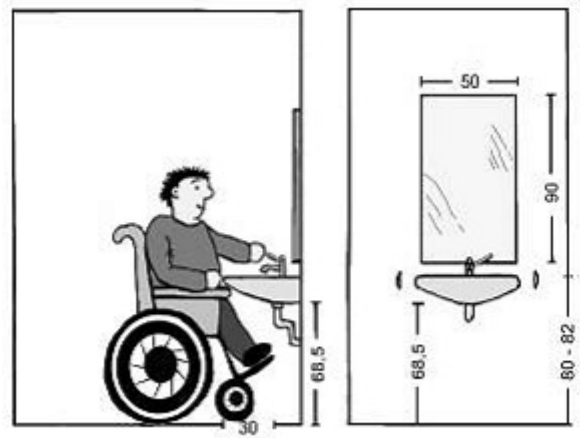
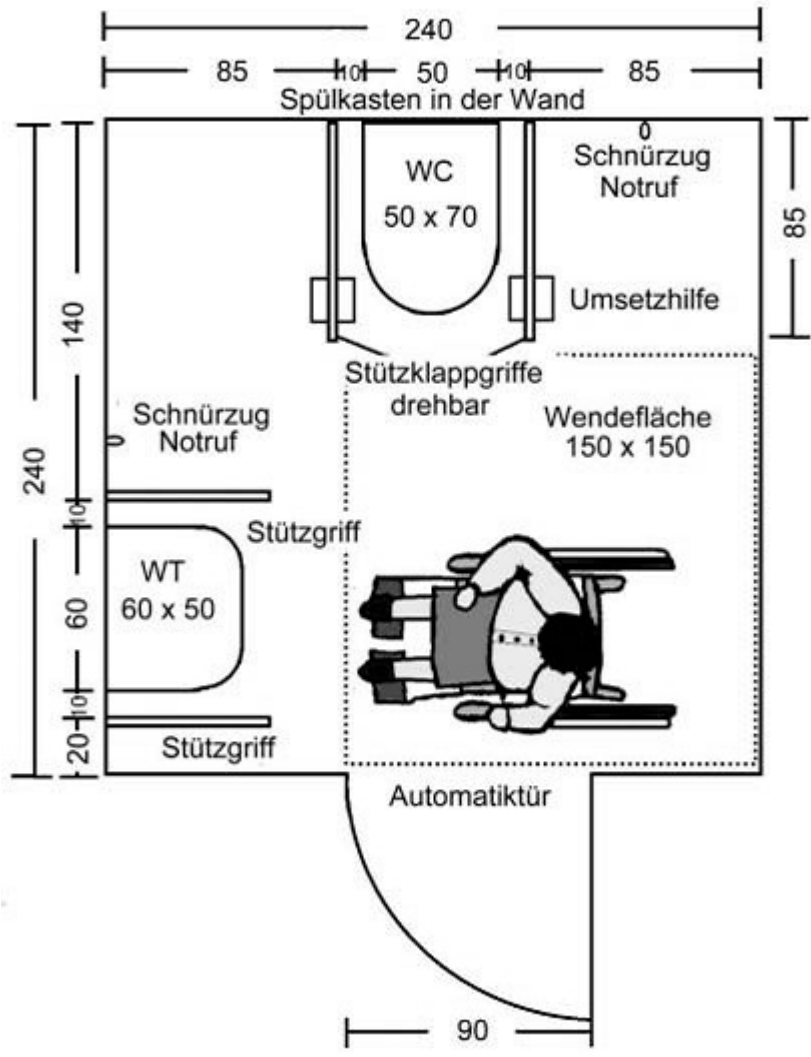
- Bei Bedarf sollte der Patientin/ dem Patienten mit Behinderung nach einem Klingeln Hilfe zur Verfügung gestellt werden.
- Die Eingangs- und Praxistüren sowie der Aufzug sollten eine Mindestbreite von 90 cm haben.
- Die Klingel sollte auch in Brailleschrift beschriftet sein.
- Ein elektrischer Türöffner muss für gehörlose Personen optisch und für blinde Menschen akustisch wahrnehmbar sein.
- Es sollte blinden und körperbehinderten Menschen möglich sein, Assistenz- oder Blindenführhunde in den Empfangsbereich bzw. Wartebereich mitzubringen. In allen übrigen Räumen sollte dies immer dann möglich sein, wenn keine gesundheitlichen Bedenken bestehen.

- Ein Teilbereich des Rezeptionscounters/–tisches sollte für kleinwüchsige Menschen und Rollstuhlfahrer/innen auf eine Höhe von 85 cm abgesenkt sein. Sollte dies räumlich und baulich nicht möglich sein, ist alternativ eine gleichwertige andere Möglichkeit der Kommunikation im Sitzen bereitzustellen.
- Eingänge, Durchgänge und Türen bzw. Türrahmen in Bereichen, die für sehbehinderte Menschen nutzbar sein sollen, sollten farblich kontrastierend zur Umgebung abgesetzt sein. Ganzglastüren sollten mit Kontraststreifen versehen sein. Die Beleuchtung sollte in allen Räumen und Gängen hell, gleichmäßig und blendfrei sein. Gedämpftes Licht sollte nur dort vorgesehen werden, wo es aus medizinischen oder therapeutischen Gründen erforderlich ist.
- Die Praxisräume sollten Schall gedämmt bzw. Schall isoliert sein. Das verringert den Hall und den allgemeinen Geräuschpegel, so dass schwerhörigen Menschen das Hören und Verstehen erleichtert wird.

Folgende Praxisausstattung ist barrierefrei:

- Elektronisch verstellbarer Behandlungsstuhl
- Fax
- Informationsmaterial für unterschiedliche Behinderungsarten (z.B. Texte in Blindenschrift, als Hör-CD, in digitaler Form; Hinweise auf Internetadressen, Informationen auf CD-Rom oder Diskette, Informationen und Texte auch in einfacher Sprache)
- Behindertengerechte Toilette

Idealerweise hat eine behindertengerechte Toilette folgende Einrichtungen und Maße:

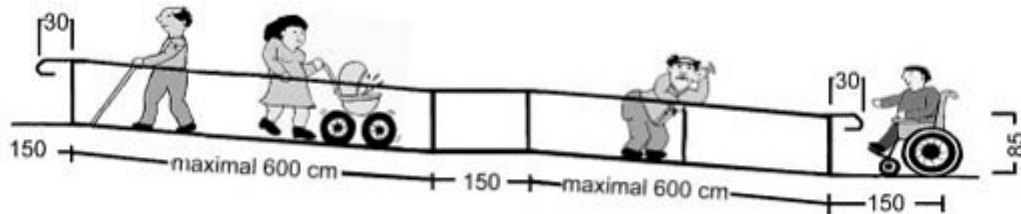


Zur Abbildung: Je nach vorhandenem Platz kann von einzelnen Vorgaben abgewichen werden.

Klassifizierung für Praxen

Uneingeschränkte Barrierefreiheit für Menschen mit Mobilitätsbehinderung:

- Bewegungsflächen in den Räumen (einschl. Anmeldungszone): mind. 150 x 150 cm
- Ebenerdiger Zugang
- Höhe von Schwellen: max. 3 cm; auch an Schwellen ist ein Handlauf hilfreich um die Unfallgefahr insbesondere für mobilitätsbehinderte Menschen zu senken
- Rampen: Steigung von max. 6 %, nicht über 6 m lang



- Türbreite: generell mind. 90 cm
- Aufzug:
 - Türbreite: mind. 90 cm,
 - Kabinentiefe: mind. 140 cm,
 - Kabinenbreite: mind. 110 cm,
 - Bedienelemente nicht höher als 140 cm

- Behindertengerechte Toilette mit Haltegriffen und ausreichender Bewegungsfläche

Weitgehende Barrierefreiheit für Menschen mit Mobilitätsbehinderung:

- Bewegungsflächen in den Räumen (einschl. Anmeldungszone): 110 x 110 cm
- Ebenerdiger Zugang
- max. eine Stufe mit Handlauf
- Rampen: Steigung von max. 20 %
- Türbreite: mind. 80 cm
- Aufzug: Türbreite: mind. 80 cm, Kabinentiefe: mind. 130 cm, Kabinenbreite: mind. 100 cm

Zugänglichkeit für gehbehinderte Patienten:

- bis zu drei aufeinander folgende Stufen (Höhe der Stufen: max. 15 cm) mit Handlauf
- Sitzgelegenheiten in Anmelde- und Wartezonen

Anlage 1

Auszug aus der Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (gültig in der Bundesrepublik Deutschland seit 26.03.2009)

Artikel 25 Gesundheit

Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Insbesondere

- a) stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehender Programme des öffentlichen Gesundheitswesens;
- b) bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, soweit angebracht, einschließlich Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen;
- c) bieten die Vertragsstaaten diese Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich an, auch in ländlichen Gebieten;
- d) erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen;
- e) verbieten die Vertragsstaaten die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung, soweit eine solche Versicherung nach innerstaatlichem Recht zulässig ist; solche Versicherungen sind zu fairen und angemessenen Bedingungen anzubieten;
- f) verhindern die Vertragsstaaten die diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder -leistungen oder von Nahrungsmitteln und Flüssigkeiten aufgrund von Behinderung.

Artikel 26 Habilitation und Rehabilitation

(1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich durch die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste, und zwar so, dass diese Leistungen und Programme

a) im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen;

b) die Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran unterstützen, freiwillig sind und Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten.

(2) Die Vertragsstaaten fördern die Entwicklung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Habilitations- und Rehabilitationsdiensten.

(3) Die Vertragsstaaten fördern die Verfügbarkeit, die Kenntnis und die Verwendung unterstützender Geräte und Technologien, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, für die Zwecke der Habilitation und Rehabilitation.



Anlage 2

Auszug aus Sozialgesetzbuch I vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert am 8.12.2010 (BGBl. I S. 1864)

§ 17 SGB I Ausführung der Sozialleistungen

(1) Die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, daß

1. jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält,
2. die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen,
3. der Zugang zu den Sozialleistungen möglichst einfach gestaltet wird, insbesondere durch Verwendung allgemein verständlicher Antragsvordrucke und
4. ihre Verwaltungs- und Dienstgebäude frei von Zugangs- und Kommunikationsbarrieren sind und Sozialleistungen in barrierefreien Räumen und Anlagen ausgeführt werden.

(2) Hörbehinderte Menschen haben das Recht, bei der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, Gebärdensprache zu verwenden. Die für die Sozialleistung zuständigen Leistungsträger sind verpflichtet, die durch die Verwendung der Gebärdensprache und anderer Kommunikationshilfen entstehenden Kosten zu tragen; § 19 Abs. 2 Satz 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(3) In der Zusammenarbeit mit gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen wirken die Leistungsträger darauf hin, daß sich ihre Tätigkeit und die der genannten Einrichtungen und Organisationen zum Wohl der Leistungsempfänger wirksam ergänzen. Sie haben dabei deren Selbständigkeit in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten. Die Nachprüfung zweckentsprechender Verwendung bei der Inanspruchnahme öffentlicher Mittel bleibt unberührt. Im übrigen ergibt sich ihr Verhältnis zueinander aus den besonderen Teilen dieses Gesetzbuchs; § 97 Abs. 1 Satz 1 bis 4 und Abs. 2 des Zehnten Buches findet keine Anwendung.

Anlage 3

Auszug aus der Hessischen Bauordnung vom 18.06.2002, zuletzt geändert durch Gesetz vom 25.11.2010 (GVBl I S. 429)

§ 46 Hessische Bauordnung (HBO)

Barrierefreies Bauen

(1) Bauliche Anlagen und andere Anlagen und Einrichtungen nach § 1 Abs. 1 Satz 2, die öffentlich zugänglich sind, müssen in den dem allgemeinen Besucherverkehr dienenden Teilen so errichtet und instand gehalten werden, dass sie von Menschen mit Behinderungen, alten Menschen und Personen mit Kleinkindern barrierefrei erreicht und ohne fremde Hilfe zweckentsprechend genutzt werden können.

Diese Anforderungen gelten insbesondere für

1. Einrichtungen der Kultur und des Bildungswesens,
2. Sport- und Freizeitstätten,
3. Einrichtungen des Gesundheitswesens,
4. Verwaltungs- und Gerichtsgebäude,
5. Verkaufs-, Gast- und Beherbergungsstätten,
6. Stellplätze, Garagen und Toilettenanlagen.

Sie gelten nicht bei Nutzungsänderungen, wenn die Anforderungen nur mit unverhältnismäßigem Aufwand erfüllt werden können.

(2) Abweichend von § 33 Abs. 4 müssen Gebäude mit barrierefreien Aufzügen oder Rampen ausreichend ausgestattet sein, soweit Geschosse barrierefrei erreichbar sein müssen.

(3) Abs. 1 und 2 gelten nicht, soweit die Anforderungen wegen schwieriger Gelände- verhältnisse, ungünstiger vorhandener Bebauung oder im Hinblick auf die Sicherheit der Menschen mit Behinderungen oder alten Menschen nur mit einem unverhältnismäßigen Mehraufwand erfüllt werden können.

<p>Clemens Beraus</p> <p>Referent des Beauftragten der Hessischen Landesregierung für Menschen mit Behinderungen</p> <p>c/o Hessisches Ministerium des Inneren und für Sport</p> <p>Friedrich-Ebert-Allee 12</p> <p>65185 Wiesbaden</p> <p>Tel.: 0611 353-1133</p> <p>Fax: 0611 353-31133</p> <p>e-mail: clemens.beraus@hmdis.hessen.de</p>	<p>Ruth Böhr</p> <p>Leitende Ärztin der Abteilung Soziales, RP Gießen</p> <p>Landgraf-Philipp-Platz 1-7</p> <p>35390 Gießen</p> <p>Tel. 0641 303 -2760</p> <p>Fax: 0641 303- 2704</p> <p>e-mail: ruth.boehr@rpgi.hessen.de</p>
<p>Liane Grewers</p> <p>Referatsleiterin im Hessischen Sozialministerium</p> <p>Abteilung Sozialpolitik, Referat: Teilhabe Menschen mit Behinderung</p> <p>Dostojewskistraße 4</p> <p>65187 Wiesbaden</p> <p>Tel.: 0611 817-2694</p> <p>Fax: 0611 89084195</p> <p>e-mail: liane.grewers@hsm.hessen.de</p>	<p>Rita Schroll</p> <p>Leiterin des Hessischen Koordinationsbüros für behinderte Frauen</p> <p>Fachberaterin für Psychotraumatologie</p> <p>Kölnische Straße 99</p> <p>34119 Kassel</p> <p>Tel.: 0561 72885-22</p> <p>Fax: 0561 72885-29</p> <p>e-mail: hkbf@fab-kassel.de</p>