

STELLUNGNAHME DER  
INITIATIVE  
NIEDERSÄCHSISCHER  
ETHIKRAT

**„NICHT MEHR OHNE UNS“ –  
MENSCHEN MIT  
BEHINDERUNGEN  
IN DER CORONA-PANDEMIE**

17.  
02.  
2021

Es gehört zu den bitteren Einsichten, dass bei den Maßnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie Menschen mit Beeinträchtigungen und mit ihnen auch diejenigen, die sich für Teilhabe und Inklusion einsetzen, lange „unterm Radar“ blieben. Ihre Bedürfnisse und Interessen wurden nicht ausreichend wahrgenommen.

Das anzuerkennen ist ein erster dringend notwendiger Schritt. Es ist zweitens zu fragen, wie es dazu hat kommen können und welche unmittelbaren Konsequenzen daraus für Niedersachsen zu ziehen sind. Drittens sind konkrete Probleme aufzuzeigen und Vorschläge zu deren Lösung zu unterbreiten. Dies soll im Folgenden geschehen.

## **I. Die Vielfalt von Menschen mit Beeinträchtigungen beachten**

Menschen mit Behinderungen sind gemäß §2 Nr. 1 SGB IX alle diejenigen Personen, welche körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit und länger als sechs Monate hindern können. Der Begriff „Behinderung“ bezeichnet also das Zusammenwirken individueller, sozialer und gesellschaftspolitischer Faktoren, die ein Individuum in seiner gesellschaftlichen Teilhabe behindern.

Entgegen landläufiger Meinung wird damit jedoch keine homogene Gruppe bezeichnet. Im Gegenteil: Die höchst unterschiedlichen Formen von Beeinträchtigungen und Biografien betroffener Personen verlangen passgenaue, dem Individuum und seinen Möglichkeiten und Bedarfen entsprechende Hilfen und Unterstützungen. Jüngste Gesetzgebungen auf Bundes- wie Landesebene wollen hier Abhilfe schaffen und Inklusion befördern.

Während der Pandemie-Krise ist erneut offenkundig geworden, dass Menschen zusätzlich zu ihren Beeinträchtigungen durch gesellschaftliche Bedingungen behindert werden. Es fehlte nahezu durchweg an einer Binnendifferenzierung, die den verschiedenen Lebenssituationen gerecht wird.<sup>1</sup> Im Rahmen der Pandemie wird also deutlich, wie weit Inklusion tatsächlich realisiert ist und wird.

Das zeigte sich, wie von der INE durchgeführte Befragungen ergaben, besonders in folgenden Bereichen:

### **a) Kontaktbeschränkungen und Einsamkeit**

Die UN-Behindertenrechtskonvention von 2009 (UN BRK) geht vom zentralen Prinzip der vollen und wirksamen Teilhabe an der Gesellschaft aus, verwirklicht u.a. durch Barrierefreiheit, Chancengleichheit, Wahlfreiheit, Empowerment und Inklusion. Zentral ist dabei der Grundsatz „Nicht über uns ohne uns“, wie er sich auch im Bundesteilhabegesetz (BTHG) findet. Dieser Paradigmenwechsel zeigt sich u. a. in der Stärkung der Rechte des Einzelnen in der Eingliederungshilfe.

Seit Beginn der Corona-Pandemie scheinen jedoch nur noch zwei Aspekte im Vordergrund zu stehen: der Schutz „der Bevölkerung“ und der Schutz von „Risiko-Gruppen“. Dabei wurden Risikogruppen pauschal und undifferenziert betrachtet. Bei Menschen mit Behinderung wurde etwa nicht mehr danach

---

<sup>1</sup> Das ließe sich an zahlreichen Beispielen veranschaulichen. So können die gleichen Erkrankungen höchst unterschiedliche Beeinträchtigungen mit sich bringen. Einige Personen mit progressiver Muskeldystrophie sind z.B. auf eine Beatmung angewiesen, andere sind dagegen körperlich fit und im Beruf aktiv. Eine querschnittsgelähmte Person, die in ihrer Mobilität eingeschränkt ist, hat per se kein erhöhtes Risiko eines schweren Verlaufs einer Covid-19-Infektion, anders verhält es sich bei einer Person mit einer hohen Querschnittslähmung, die auch die Atemmuskulatur betrifft und dadurch Atemwegsinfektionen hochriskant werden lässt. Wenn hier nicht genau differenziert wird, kommt es zu großen Folgeproblemen.

differenziert, welches Risiko ihnen als Person und Individuum tatsächlich droht. Nach Selbstbestimmung wurde nicht mehr gefragt. Die Corona-Krise weist also auf eine System-Schwäche hin. Die Fragen nach der Einschränkung von Grundrechten, Kontaktverboten, Ausgangssperren erhalten so im Kontext von Menschen mit Behinderungen eine besondere Brisanz.

Für Menschen mit Behinderungen wurde im Frühjahr 2020 z.B. ein Betretungsverbot der Werkstätten und Tagesförderstätten verordnet, ebenso wurden ganze Wohnbereiche unter Quarantäne gestellt. Damit waren die Menschen nicht mehr Bürger\*innen der Stadt, sondern Bewohner\*innen einer Institution, verbunden mit der scheinbar selbstverständlichen Erwartung, größere Einschränkungen als andere hinzunehmen und sich noch strenger als andere an die Vorgaben zu halten.

Kontaktbeschränkungen sind für alle Menschen belastend. Besonders belastend aber z.B. für solche,

- die auf einen Körperdialog angewiesen sind,
- die sich klar nur emotional agitativ artikulieren,
- die generell Schwierigkeiten haben, Situationen zu deuten und zu verstehen,
- die durch die Vorenthaltung von vertrauten Umgebungen und vertrauten Menschen psychisch gefährdet sind,
- die wie viele Personen mit physischen Beeinträchtigungen oft nur über ein kleines soziales Netz verfügen, dessen Wegfall sie kaum kompensieren können.

## **b) Unzureichende Differenzierung**

Obwohl

- in Niedersachsen bei etwas mehr als 8 Millionen Einwohnern insgesamt ca. 750.000 (Statistisches Landesamt Stand 2017) als schwerbehindert anerkannt sind,
- der größte Einzeltitel in den meisten kommunalen Haushalten inzwischen der Eingliederungshilfe gewidmet ist,
- junge Menschen mit Beeinträchtigungen beschult werden (Zuständigkeit: Kultusministerium),
- Menschen mit Beeinträchtigungen in Wirtschaftsbetrieben, den sog. Werkstätten für Menschen mit Behinderungen [WfbM], tätig sind (Zuständigkeit: Wirtschaftsministerium und Sozialministerium),
- die sozialpolitischen Umstellungen der Eingliederungshilfe von der Fürsorge (SGB XII) auf den Gedanken der Teilhabe am sozialen Leben (SGB IX) flächendeckend bearbeitet und umgesetzt werden (Zuständigkeit: Sozialministerium),

ist die Multiperspektivität, mit der die Eingliederungshilfe um der betroffenen Menschen willen agieren muss, bis heute bei Entscheidungsträger\*innen (und nicht nur bei ihnen) alles andere als selbstverständlich.

Genau dies ist in den Verordnungen zur Pandemieabwehr, von denen auch die Eingliederungshilfe betroffen war, zum Nachteil der betroffenen Menschen immer wieder zum Ausdruck gekommen.

Problematisch ist es z.B., wenn allein Ort und Art der Unterbringung als Unterscheidungskriterium angeführt werden, um über die Sicherung des passiven und aktiven Schutzes zu bestimmen. Personen mit Beeinträchtigungen, die allein wohnen oder sich in ambulanten Settings finden, wurden dadurch schon aus strukturellen Gründen weniger bedacht. Dasselbe gilt für Eltern von beeinträchtigten Angehörigen, die teilweise mit spürbaren materiellen Folgen die eigene Berufstätigkeit einschränken mussten, um ihre ins Haus gewiesenen Kinder zu betreuen bzw. sie keinem erhöhten Risiko auszusetzen.

Dieses undifferenzierte Vorgehen weist darauf hin, wie wenig belastbar die bisher erzielten Erfolge im Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigungen sind.

### c) Fehlende Partizipation

In Abgrenzung zu pflegerischen Leistungen, die im V. und XI. Sozialgesetzbuch erfasst sind, beschreibt der Begriff „Eingliederungshilfe“ soziale Leistungen, die das Ziel haben, Menschen eine Eingliederung in gesellschaftliches Leben zu ermöglichen bzw. sie darin zu unterstützen. Mit Verabschiedung des Bundessteilhabegesetzes (BTHG) 2016 und der Herausnahme der Eingliederungshilfe aus dem SGB XII (Sozialhilfe und Grundsicherung) und der Neufassung des SGB IX wurde begrifflich der Gedanke der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in den Vordergrund gestellt.

Damit wurden Kategorien wie Selbstbestimmung von Subjekten und deren Teilhaberechte in den Fokus gerückt, ältere Begriffe, die – wie beim Vorgängerbegriff „Aktion Sorgenkind“ der „Aktion Mensch“ – stärker Hilfe und Anpassung an gesellschaftliche Normen vor Augen hatten, zurückgedrängt.

Allein, Begriffe verändern noch nicht automatisch das Denken und tief verankerte innere Bilder. Viele haben bei Menschen mit einer Beeinträchtigung – allen Inklusionsbemühungen zum Trotz – immer noch ein Bild von „dem Behinderten“ vor Augen, der auf Hilfe angewiesen ist, gepflegt werden muss und am besten in einer Anstalt verwahrt wird.

Dieses Bild entspricht schon lange nicht mehr der Realität. In jeweils angepassten Wohnformen sind Menschen mit sehr unterschiedlichen Behinderungsbildern heute in der Lage, mit entsprechender Unterstützung selbstbestimmt ihren Alltag zu gestalten.

Da in Katastrophenlagen schnell und häufig auch ohne Differenzierungen entschieden werden muss, wird intuitiv auf Kategorien und Muster zurückgegriffen, die tief verinnerlicht, in einem erwartbar breiten Horizont verständlich und somit bewährt scheinen. Deshalb wundert es nicht, dass Einrichtungen der Eingliederungshilfe am Anfang der Coronakrise meist wie Pflegeeinrichtungen angesehen und auf dem Verordnungsweg behandelt, das heißt geschlossen wurden. Die im Rahmen der Pandemie beschlossenen Maßnahmen wurden jedoch

- a. den Menschen nicht gerecht, die ihr Recht auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in diesen Wohneinrichtungen selbst verwirklichen können;
- b. den Menschen nicht gerecht, die in diesen Einrichtungen eine für ihren Alltagsvollzug notwendige Strukturierung eingeübt und vorgefunden haben – und nun auf sich allein gestellt bzw. auf die Unterstützung durch ihre hierdurch sehr belasteten Angehörigen angewiesen waren;
- c. den Menschen nicht gerecht, deren auf Langfristigkeit und Kontinuität abgestellte Therapieangebote von einem Tag auf den anderen abgebrochen wurden – mit noch nicht absehbaren, aber in Einzelfällen auch dramatischen, insbesondere psychischen Folgen;
- d. den Menschen nicht gerecht, für die eine Umstellung schulischer Angebote auf digitale Formate technisch, aber auch inhaltlich (auch angesichts des Fehlens digitaler Muster für spezielle Förderbeschulung) nahezu unüberwindbare Hürden darstellte – mit Folgen, die sich gegenüber Schülern von Regelschulen nochmals verschärft darstellen;
- e. den Mitarbeitenden in besonderen Wohnformen nicht gerecht, die durch das Betretungsverbot von Werkstätten und Tagesförderstätten zu Beginn der Pandemie für die Beschäftigten Alternativen schaffen mussten – teils unter deutlicher Ausweitung ihrer Arbeitszeit;
- f. den Betrieben nicht gerecht, die als wirtschaftliche Betriebe von einem Tag auf den anderen ohne Mitarbeitende zusehen sollten, wie sie übernommene Aufträge erledigten – mit wirtschaftlichen Folgen für die Werkstätten, die noch nicht bezifferbar sind, und für die Mitarbeitenden, die zeitaufwändig an Arbeitsprozesse herangeführt worden sind, jetzt aber in Einzelfällen neu in Prozesse eingearbeitet werden müssen oder ihnen, zu ihrem eigenen Nachteil, fernbleiben. Dass das Land Niedersachsen schnell pragmatisch ermöglicht hat, dass auch pädagogisches Personal in Arbeitsprozesse eingebunden werden konnte, hat den wirtschaftlichen Engpass allerdings wesentlich entschärft.

Auflagen und Verordnungen der zuständigen Behörden wurden in Niedersachsen in der Regel ohne Rücksprache mit Betroffenen, seien es Menschen mit Beeinträchtigungen oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe, verfügt. Meist verordnete man in Verkennung der inhaltlichen Varianz der Eingliederungshilfeleistungen aufgrund einer angenommenen Parallelität zu alten oder pflegebedürftigen Menschen.

Grundsätzlich mangelte es also nicht an Gremien oder Wissen, es mangelt an der Einbeziehung auf politischer Ebene.

Zukünftige Maßnahmen sollten differenzierter ausfallen und den Fähigkeiten und Bedürfnissen der betroffenen Personen besser gerecht werden. Dies wird nur gelingen durch eine auf allen Ebenen verstärkte Partizipation – die im Übrigen in den genannten Gesetzen ohnehin schon vorgesehen ist.

#### **d) Mangelnde Kommunikation**

Die geltenden Gesetze sehen eine direkte Kommunikation mit Betroffenen, also auch mit den Menschen mit Beeinträchtigungen vor. Kommunikation gelingt, wenn es zu einer Verständigung kommt.

Ministerien, die Verordnungen und Erlasse zu verantworten haben, haben sich bisher nicht ausreichend darum bemüht, barrierefrei Kontakt aufzunehmen. Vielmehr war es entweder Einrichtungen überlassen, Verordnungen zu übersetzen und zu vermitteln, oder aber Kommunikation fand nicht oder nur zufallsbedingt statt. Dies ist insbesondere auch für Menschen notwendig, von denen wie z.B. bei der Impfung eine Einwilligungserklärung verlangt wird. Hier das Recht auf Selbstbestimmung zu übergehen, wäre Rechtsbruch.

#### **e) Kostenübernahme für Schutzmaterialien**

Passive Schutzmaßnahmen wie Masken oder Tests wurden pauschal Menschen ab 60 und pflegebedürftigen Personen zugesprochen. Jüngere Menschen mit Beeinträchtigungen und insbesondere solche, die in ihrem häuslichen Umfeld leben, waren nicht im Blick. Da sich die für die Eingliederungshilfe zuständigen Landkreise oftmals nicht für zuständig erklärten, blieben insbesondere auch Personen mit einer selbstorganisierten Pflege sich selbst überlassen und auf ihren Kosten für geeignete Schutzmaßnahmen sitzen. Eine Anpassung ihres persönlichen Budgets fand, wenn überhaupt, sehr verspätet statt.

Es ist sehr zu begrüßen, dass inzwischen insbesondere auch für den Bereich Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe verbindliche Verfahren zur Übernahme der zusätzlichen Kosten durch Schutzmaterialien vorliegen. Es wäre problematisch, wenn insbesondere in diesem Bereich gleiche Standards wie im Pflegebereich erwartet werden, die Finanzierung jedoch nicht mitbedacht wird.

#### **f) Gleichbehandlung bei einer Triage in Situationen der Knappheit**

Menschen mit Behinderungen haben es häufig nicht leicht, in Krankenhäusern eine ihnen angemessene, für sie verständliche Begleitung und Behandlung zu erfahren. Diese Befürchtung wurde durch die öffentliche Debatte um das Triage-Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht einer Behandlung dramatisch verschärft.

Die Bundesärztekammer hält ausdrücklich fest, dass Entscheidungen bei gleicher Dringlichkeit der Behandlung und Knappheit der intensivmedizinischen Behandlungsplätze „nicht schematisiert oder an-

hand von starren Algorithmen getroffen werden“ dürfen. Sie stellt unmissverständlich klar: „Kein Menschenleben ist mehr wert als ein anderes – es gilt der Grundsatz der Gleichbehandlung. Daher verbieten sich Benachteiligungen aufgrund von z.B. Alter, Geschlecht, Nationalität, Behinderung oder sozialem Status. Auch medizinisch geprägte Kategorisierungen (z. B. Demenz, andere chronische Erkrankungen) dürfen nicht zu einem pauschalen Ausschluss von erforderlichen Behandlungen führen. Es sind stets einzelfallbezogene Entscheidungen nach dem Prinzip der Gerechtigkeit auf der Basis von transparenten sowie ethisch und medizinisch-fachlich begründeten Kriterien geboten.“<sup>2</sup>

Problematisch ist allerdings, dass nach den klinisch-ethischen Empfehlungen der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) das Kriterium der Gebrechlichkeit anhand von Skalen gemessen wird, die bei Menschen mit Behinderung allein aufgrund ihrer Beeinträchtigung pauschal schlechtere Ausgangswerte ergeben können.<sup>3</sup> Eine Klarstellung seitens der DIVI, dass die Aussagekraft solcher Skalen bei Menschen mit Behinderung fraglich ist, um die beispielsweise schon die vergleichbaren NICE Guidelines<sup>4</sup> in Großbritannien ergänzt wurden, ist dringend erforderlich.

Es ist öffentlich klarzustellen, dass Patient\*innen mit Behinderungen nicht pauschal schlechtere Chancen in der intensivmedizinischen Behandlung haben, wie dies bereits der Deutsche Ethikrat, die Deutsche Bischofskonferenz und der Ratsvorsitzende der EKD gefordert haben: Es darf „keinesfalls nach Lebensalter, Geschlecht, körperlicher oder geistiger Behinderung, Stand, ökonomischer Potenz, Bekanntheitsgrad oder sonstigen Kriterien entschieden werden“<sup>5</sup>.

Generell gilt, was der Deutsche Ethikrat in seiner ad hoc Empfehlung vom 27.03.2020 unmissverständlich festhält: „Der Staat darf menschliches Leben nicht bewerten und deshalb auch nicht vorschreiben, welches Leben in einer Konfliktsituation vorrangig zu retten ist.“

## II. Eingliederungshilfe unter dem Radar – Mögliche Gründe

Woran lag die undifferenzierte Betrachtung? Einerseits sicherlich an einer fehlenden Lobby, die sich lautstark zu Wort hätte melden können. Aber auch als Betroffene, Verbände und Einrichtungen vorstellig wurden, änderte sich nur manches und es blieb bei den Betroffenen der Eindruck vorherrschend, in ihren Anliegen und Bedarfen nicht beachtet zu sein. Es steht deshalb zu vermuten, dass die Nichtachtung der Menschen mit Behinderungen tiefer liegende Ursachen hat.

Trotz der Anstrengungen des Gesetzgebers, nicht nur eine andere Blickweise (Stichwort Inklusion) auf, sondern einen anderen Umgang mit (Stichwort SGB IX) und eine Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen zu ermöglichen (Stichwort BTHG), ist die Tradition des Umgangs mit den sog. „Behinderten“ offenbar wirkmächtiger.

Zivilisatorische Errungenschaften wie die UN-Behindertenrechtskonvention stehen anscheinend wieder zur Disposition, wenn gesellschaftliche Umbrüche oder Krisen auftreten, Prioritäten gesetzt werden sollen oder massive Interessengegensätze bzw. gesellschaftliche Existenzängste manifest werden – wie jetzt in der Coronakrise offenkundig wird.

Die Verbände der Eingliederungshilfe befürchten, dass im Bereich der Sozialausgaben generell, bei der Eingliederungshilfe aber insbesondere drastisch gekürzt werden wird – nicht nur weil man sich dies im

---

<sup>2</sup> Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels 05.05.2020.

<sup>3</sup> Vgl. Determining Frailty in People With Intellectual Disabilities in the COVID-19 Pandemic, in: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jppi.12371>.

<sup>4</sup> Vgl. COVID-19 rapid guideline: critical care in adults, in: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng159/chapter/1-Admission-to-hospital>.

<sup>5</sup> Deutsche Bischofskonferenz, Triage, in: <https://www.dbk.de/presse/aktuelles/meldung/triage>.

öffentlichen Raum mangels einer effektiven Lobby leichter erlauben kann, sondern weil veraltetes, aber eben deshalb verbreitetes und tief verwurzeltes Denken (und daraus resultierendes Fühlen) Menschen mit Beeinträchtigungen eher als Last denn als Gewinn für ein gemeinsames gutes Leben versteht.

Gegen solche Ansätze wird die Inklusion ins Feld geführt. Was Inklusion konkret bedeuten kann und will, bleibt aber offen. Allerdings ist mittlerweile nicht nur Fachkundigen deutlich, dass die Umsetzung inklusiven Denkens und Handelns nicht nur veränderte Denkmuster, sondern auch erhebliche Investitionen erfordert.

### **III. Problemanzeigen und Forderungen**

#### **a) Keine erneute „Schließung“ von Einrichtungen**

Das Betretungsverbot für Werkstätten und Tagesförderstätten sowie die Aufforderung, den Aufenthalt von Bewohner\*innen auf das Einrichtungsgelände zu begrenzen, wurde von Betroffenen, Nutzer\*innen wie Anbietern, sehr häufig als Schließung der Einrichtung erlebt. Auf die Frage, welche Forderungen sie an die Politik hätten, kam durchweg diese Antwort als erste: keine erneute „Schließung“!

#### **b) „Nicht ohne uns über uns“ – Partizipation**

Menschen mit Beeinträchtigungen erlebten sich im öffentlichen Pandemiediskurs als nicht gesehen und nicht geachtet.

Die Beteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen, Verbänden und Einrichtungen der Eingliederungshilfe an künftigem pandemiebedingtem Krisenmanagement, an Entscheidungen und Verordnungen muss deshalb zur Regel in Niedersachsen werden. Die dafür zuständigen Gremien und Personen müssen in den meisten Fällen nicht neu geschaffen werden, sondern sind vorhanden und müssen nur befragt und gehört werden.

Dazu regt die INE an, bei der Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderungen die Möglichkeiten zu verbessern, damit Betroffene wirksam ihre Anliegen vorbringen können.

#### **c) Barrierefreie Kommunikation als Regel**

Gesetze, Anordnungen, Verordnungen und Erlasse, die für Menschen mit Beeinträchtigungen relevant werden können, sollten in Niedersachsen so verfasst sein, dass die Menschen, die davon betroffen sein könnten, sie auch barrierefrei verstehen und sich damit auseinandersetzen können.

Es ist Aufgabe des Landes, dass die Kommunikation staatlicher Stellen mit Bürger\*innen verständlich ist. Konsequenz aus den Erfahrungen der Pandemie sollte sein, dass ab sofort entsprechende Übersetzungsdienste installiert und beauftragt werden. Ein stärkeres Augenmerk sollte auf vereinfachte Darstellungen, den Einsatz leichter Sprache oder auch die Bebilderung über Piktogramme gerichtet sein, um ein Grundverständnis für die Gesamtsituation und für konkrete Handlungsanweisungen zu erreichen.

Digitale Medien sind dabei hilfreich – soweit sichergestellt ist, dass entsprechende Empfangsgeräte zugänglich sind. Hier sind finanzielle Unterstützungen auch im Haushalt abzusichern.

Ein erster notwendiger Schritt ist die barrierefreie Information zu den anstehenden Impfungen. Diese ist am Sprachverständnis der jeweiligen betroffenen Personengruppen auszurichten.

#### **d) Impfungen**

Die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut RKI (STIKO) hat am 29. Januar 2021 ihre bisherigen Kategorisierungen ergänzt und darauf hingewiesen, dass nicht alle Sonderfälle auf dem Verordnungswege geregelt werden können. Vielmehr seien die Gesundheitsämter vor Ort gefordert und ermächtigt, Einzelfallentscheidungen möglich zu machen. Damit liegt ein Instrument vor, die vielfältigen

Erscheinungsformen und Bedarfe auf Unterstützung für Menschen mit Beeinträchtigungen auch bei der anstehenden Impfstrategie zu berücksichtigen.

Dazu müsste allerdings gewährleistet sein, dass es bei den Gesundheitsämtern ein geregeltes Verfahren gibt, mit dem solche Einzelfallentscheidungen transparent und nachvollziehbar herbeigeführt werden können. Zu klären und öffentlich barrierefrei zu kommunizieren wäre also:

- An wen kann man sich zur Herbeiführung einer Einzelfallentscheidung wenden?
- Welche Unterlagen (Atteste, Bescheinigungen etc.) sind vorzulegen?
- Wo und wie kann eine Impfung barrierefrei stattfinden?

Die STIKO hat verdeutlicht, dass Einzelfallentscheidungen auch auf zum Haushalt gehörende Angehörige ausgeweitet werden können. Zu klären wäre hier von vornherein, wie es sich mit weiteren betreuenden Personen, aber auch mit weiteren Familienangehörigen verhält.<sup>6</sup>

#### **e) Bestärkung der gesetzlichen Grundlagen: Teilhabeansatz**

Während der Coronakrise haben Menschen mit Beeinträchtigungen, aber auch Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Betroffenengruppen in Niedersachsen erfahren müssen, wie schnell die noch jungen Ansätze für ein an Teilhabe und Inklusion ausgerichtetes Leben wieder in Frage gestellt werden können.

Errungenschaften, die das BTHG, die UN BRK und das neu geschaffene SGB IX möglich machten, wurden zurückgenommen. Insbesondere die große Errungenschaft infolge des BTHG, dass Menschen mit Behinderungen in jedem Fall durch persönliches Gespräch am Gesamtplanverfahren bei der Beantragung der Leistungen zu beteiligen sind, wird durch die Pandemiesituation drastisch eingeschränkt. Die personenzentrierte Feststellung des individuellen Bedarfes, wie sie das BTHG vorsah, kann unter Corona-Bedingungen nur schwer umgesetzt werden.

Umso wichtiger ist es, dass bei dem weiter anstehenden Pandemie-Krisenmanagement wie auch ganz allgemein bei den Beratungen zur weiteren Umsetzung der SGB IX-Reform auf Landesebene geltendes Recht zur Anwendung gebracht und ungeschmälert umgesetzt wird.

Dabei muss leitend sein, Menschen mit Beeinträchtigungen zu einem Leben in möglichst weitreichender Teilhabe zu verhelfen. Das wird nur gelingen, wenn man sie einbezieht.

Hannover, 17.02.2021

Initiative Niedersächsischer Ethikrat

---

<sup>6</sup> Vgl. Epidemiologisches Bulletin 5/2021, 04. Februar 2021.

## **Mitglieder DER INITIATIVE ETHIKRAT NIEDERSACHSEN:**

Dr. Christoph Künkel, ehem. Vorstandssprecher Diakonisches Werk evangelischer Kirchen in Niedersachsen

Prof. Dr. Jürgen Manemann, Direktor des Forschungsinstituts für Philosophie Hannover

Prof. Dr. theol. Christian Polke, Professor für Systematische Theologie (Lehrstuhl für Ethik), Universität Göttingen

Dr. theol. Stephan Schaede, Akademiedirektor Evangelische Akademie Loccum

Prof. Dr. Eva Schumann, Professorin für Deutsche Rechtsgeschichte und Bürgerliches Recht an der Universität Göttingen

Dr. theol. Martin Splett, Referent beim Bistum Osnabrück

Thomas Uhlen, Landessekretär der Caritas in Niedersachsen

Dr. med. Martina Wenker, Präsidentin der Ärztekammer Hannover

Dr. med. Thela Wernstedt, SPD-Landtagsabgeordnete, Hannover

Prof. Dr. Claudia Wiesemann, Direktorin des Institutes für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Göttingen

Torsten Windels, Ökonom, ehemaliger Chefvolkswirt der NORD/LB, Hannover

Für das Protokoll:

Marvin Dreiwes, Forschungsinstitut für Philosophie Hannover

Hanna Jacobs, Theologin, Evangelische Akademie Loccum

Dr. Frédéric Pauer, Niedersächsische Ärztekammer, Hannover, Kommissarische Leitung ZQ | Fachliche Leitung Gesundheitspolitik & Versorgungsqualität | Gesundheitsökonom

## **Die INE hat im Vorfeld dieser Stellungnahme u.a. folgende Personen befragt:**

Gerold Abrahamczik, Dinklage, LACB Niedersachsen (Sprecher des Sprecherkreises)

Monika Blaszyński, Nordheim, Vorsitzende des Werkstatttrat-Ausschusses der Harz-Weser-Werke

Constantin Grosch, Hameln, Aktivist, Politiker, Student

Ditmar Hartmann, Osterode, Geschäftsführer der Harz-Weser-Werke (Lebenshilfe)

Marianne Steppat, Hannover, Referentin Eingliederungshilfe im Diakonischen Werk in Niedersachsen

Prof. Dr. Ursula Stinkes, Ludwigsburg, Professorin für Geistigbehindertenpädagogik

Jutta Wendland-Park, Rotenburg, Vorstand der Rotenburger Werke