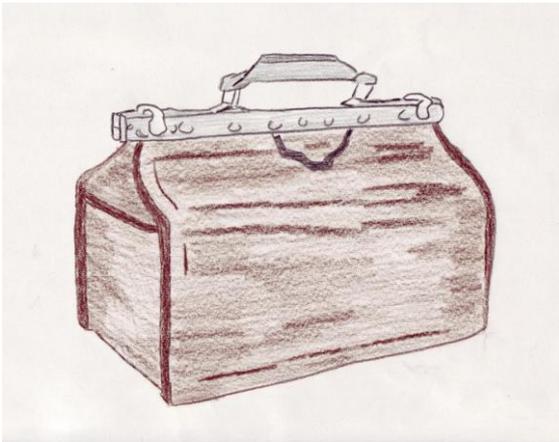


Interessenvertretung  
Selbstbestimmt Leben  
Deutschland e.V. - ISL

# Modell - Curriculum zur Sensibilisierung von ÄrztInnen für einen barrierefreien Praxisalltag



Berlin, im Dezember 2010

Gefördert durch:



## Inhaltsverzeichnis

Modell - Curriculum zur Sensibilisierung von ÄrztInnen für einen barrierefreien Praxisalltag.....	3
1. Ausgangssituation.....	3
1.1. Menschen mit Behinderungen im Gesundheitswesen.....	3
1.2. Rechtliche Vorgaben zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen.....	4
1.3. Initiativen zur Verringerung der Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit bei der ärztlichen Versorgung von behinderten Menschen.....	6
2. Konsequenz: Fortbildungen von ÄrztInnen.....	7
2.1. Modell-Curriculum.....	7
2.2. Ziele der Fortbildungen.....	7
2.3. Zielgruppe der Fortbildungen.....	8
2.4. Inhalte der Fortbildungen.....	8
3. Methoden.....	10
4. Rahmenbedingungen.....	11
4.1. Fortbildungsträger.....	11
4.2. Gruppengröße, Orte, Zeitstruktur.....	11
4.3. TrainerInnen.....	11
4.4. Kosten.....	11
5. Literatur.....	12
6. Impressum.....	14
 Anhang: Musterplanung einer Fortbildung zur Sensibilisierung von ÄrztInnen für einen barrierefreien Praxisalltag.....	 15

# Modell - Curriculum zur Sensibilisierung von ÄrztInnen für einen barrierefreien Praxisalltag

## 1. Ausgangssituation

### 1.1. Menschen mit Behinderungen im Gesundheitswesen

Menschen mit Behinderungen sind mit vielfältigen Benachteiligungen im Gesundheitswesen konfrontiert. Dieser Befund ergibt sich aus der Zusammenschau von

- Rückmeldungen aus der Beratungsarbeit der Zentren für Selbstbestimmtes Leben (Mitgliedsorganisationen der ISL e.V.);
- einer Literaturrecherche zu diesem Themenkomplex;
- Arbeitsinhalten der gesundheitsbezogenen Gremienarbeit der ISL e.V. (unter anderem im Arbeitskreis „Barrierefreies Gesundheitswesen Berlin“)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Besuch von niedergelassenen ÄrztInnen eine wesentliche Hürde für behinderte Menschen bildet. Dazu zählen vor allem das Aufsuchen von AllgemeinmedizinerInnen, InternistInnen, GynäkologInnen, UrologInnen, weiteren FachärztInnen sowie ZahnärztInnen.

Aus den Rückmeldungen sowie der gesichteten Literatur können insbesondere fünf Bereiche identifiziert werden, in denen Menschen mit Behinderungen bei ihrem Arztbesuch benachteiligt werden oder zumindest auf Barrieren stoßen.

**I. Einstellungsbedingte Barrieren bezüglich der Achtung und Respektierung behinderter PatientInnen:** Frauen und Männer mit Behinderungen, die sich in ärztliche Behandlung begeben haben, kritisieren oft, dass ihre Würde wenig geachtet wird und sie als Objekte des Medizinsystems und nicht als ExpertInnen in eigener Sache behandelt werden.

**II. Unzureichende physische Barrierefreiheit:** Arztpraxen sind häufig nicht barrierefrei erreichbar (nur über Stufen, ohne Lift), und sie verfügen nur selten über eine barrierefreie Ausstattung hinsichtlich des Behandlungsmobiliars oder auch bezogen auf barrierefreie Sanitäreinrichtungen.

**III. Unzureichende kommunikative Barrierefreiheit:** Bei der Praxisorganisation und der Durchführung medizinischer Behandlungen fehlt es oft an kommunikativer Barrierefreiheit, wie Leichter Sprache oder an Informationen, die für blinde Menschen wahrnehmbar sind. Darauf sind vor allem Menschen mit Lernschwierigkeiten beziehungsweise sinnesbehinderte (hör- oder sehbehinderte) Menschen angewiesen.

**IV. Unzureichendes Fachwissen zu behinderungsspezifischen Fragestellungen:** ÄrztInnen sind häufig wenig informiert über verschiedene Behinde-

rungsformen, deren Besonderheiten und Verlauf. Akute Beschwerden werden dann manchmal ohne Differentialdiagnostik der Behinderung zugeschrieben.

**V. Heilungsfixiertes Medizinverständnis:** In der Gesamtgesellschaft wird von der Medizin und ÄrztInnen vor allem erwartet zu heilen und nicht, Menschen in ihrem Leben mit einer chronischen Krankheit oder Behinderung zu begleiten. Da ist es nicht verwunderlich, dass ÄrztInnen häufig auf die Heilung ihrer PatientInnen fixiert sind, denn die Heilung kranker Menschen war die Motivation für ihre Berufswahl und dafür wurden sie ausgebildet. Wird keine Heilung erreicht, so wird dies sowohl als ärztliches Scheitern als auch als Scheitern des behinderten oder chronisch kranken Menschen betrachtet. Die betroffenen Menschen fühlen sich in diesem heilungsfixierten Klima in ihrer realen Lebenssituation nicht respektiert und häufig allein gelassen.

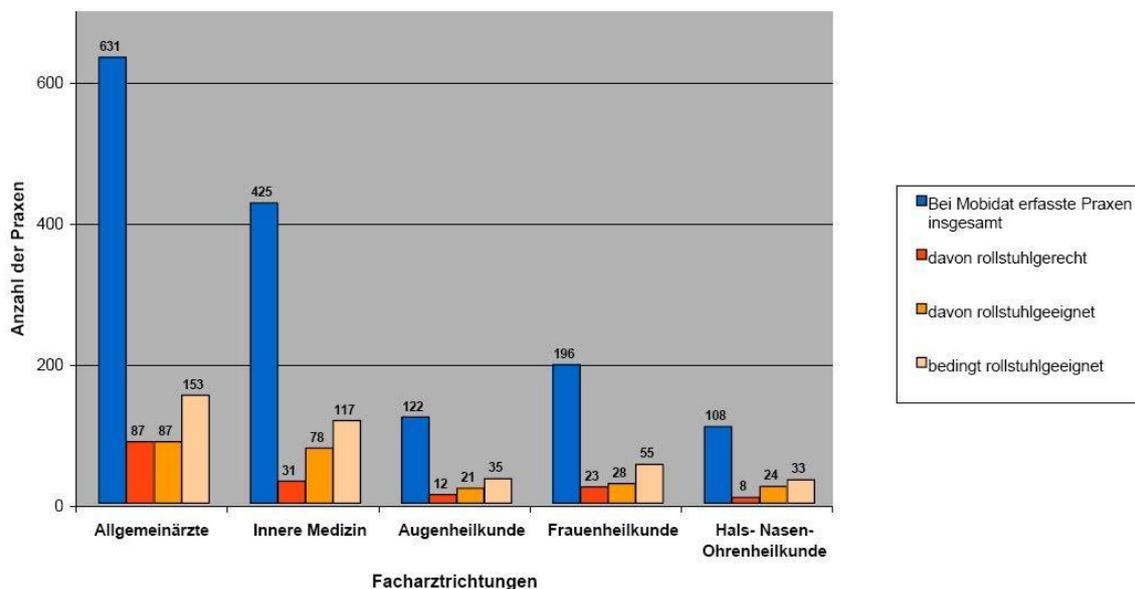
## **1.2. Rechtliche Vorgaben zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen**

Die aufgezeigten Benachteiligungen und Barrieren stehen häufig im klaren Widerspruch zu der Rechtswirklichkeit in der Bundesrepublik Deutschland. Das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) garantiert in Paragraph 76 die freie Arztwahl. Diese ist jedoch aufgrund der oben skizzierten Barrieren für viele Menschen mit Behinderungen erheblich eingeschränkt. Zur Verdeutlichung sei hier die Situation in Berlin für rollstuhlnutzende Menschen dargestellt<sup>1</sup>. In anderen deutschen Städten sieht es ähnlich aus, auf dem Land ist die Situation aufgrund der geringen Dichte von Arztpraxen noch problematischer.

---

<sup>1</sup> Grafik aus der Datenbank Mobidat der Albatros gGmbH ([www.mobidat.net](http://www.mobidat.net) - aufgerufen 30.12.10).

Rollstuhlnutzbarkeit von Arztpraxen ausgewählter Fachrichtungen in Berlin (nach Mobidat, Stand Juni 2010)



Mit der **Behindertenrechtskonvention (BRK)**, die seit dem 26. März 2009 geltendes Recht in Deutschland im Rang eines Bundesgesetzes ist, haben sich die Vertragsstaaten verpflichtet, Menschen mit Behinderungen eine „Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung“ zu stellen wie anderen Menschen (Art. 25 a BRK).

In der Behindertenrechtskonvention ist außerdem ein menschenrechtliches Verständnis von Behinderung verankert worden. Schon 2001 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (s. Literatur) eine neue Definition von Behinderung gefunden, die auf einem bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit und Krankheit fußt. Danach wird nicht nur der medizinische Aspekt von Behinderung betrachtet. Vielmehr entsteht Behinderung nach dem neuen Verständnis aus der negativen Wechselwirkung zwischen einem Menschen mit einer Beeinträchtigung und seinen relevanten Kontextfaktoren. In der BRK wird ebenfalls diese Wechselwirkung benannt (Artikel 1). In der Präambel (e) wird auf einstellungs- und umweltbedingte Barrieren hingewiesen. Die negative Wechselwirkung hindert Menschen mit Behinderungen an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft.

Neu ist in der Behindertenrechtskonvention die menschenrechtliche Perspektive, unter der Behinderung betrachtet wird. Es geht also nicht um eine rein medizinische oder gesundheitspolitische Betrachtungsweise und auch nicht primär um sozialrechtliche Fragestellungen. Es geht um nicht mehr und nicht weniger als die gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe in allen Bereichen. Wo diese, aus welchen Gründen auch immer, verweigert oder nicht gewährleistet wird, handelt sich es um eine Menschenrechtsverletzung.

Mit dem menschenrechtsorientierten Ansatz einher geht die Wertschätzung behinderten Lebens als eine Bereicherung für die Gesellschaft. In der Präambel (m) ist die Rede von dem „wertvollen Beitrag“ von „Menschen mit Behinderungen zum allgemeinen Wohl und zur Vielfalt ihrer Gemeinschaften“.

Die ganze BRK wird durchzogen von dem zentralen Motiv aller Menschenrechtsübereinkommen: Der Würde jedes Menschen und der Gleichwertigkeit aller Menschen. So heißt es im ersten Satz der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948 „Alle Menschen sind frei und an Würde und Rechten gleich geboren“<sup>2</sup>.

### **1.3. Initiativen zur Verringerung der Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit bei der ärztlichen Versorgung von behinderten Menschen**

Immer wieder gab und gibt es Initiativen, um die offensichtliche Diskrepanz zwischen dem Anspruch einer diskriminierungsfreien gesundheitlichen Versorgung behinderter Menschen und den Benachteiligungen bei der realen Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zu verringern.

Dabei geht es meistens um die Frage barrierefreier Praxen. Durch Demonstrationen oder Presseerklärungen wurde auf bestehende Defizite aufmerksam gemacht, in verschiedenen Regionen wurde eine Bestandsaufnahme der mehr oder weniger realisierten Barrierefreiheit von Arztpraxen vorgenommen, wiederholt wurden die Betroffenen nach ihrer Lebenssituation generell und ihrer gesundheitlichen Versorgung insbesondere befragt.

Auffällig ist die Häufung von verschiedenen Tagungen, Publikationen und sonstigen Initiativen, die sich mit der barrierefreien gynäkologischen Versorgung von behinderten Frauen beschäftigen. So hat es beispielsweise in den Bundesländern Bayern, Bremen und Hessen Projekte zur Schaffung barrierefreier gynäkologischer Ambulanzen für Mädchen und Frauen mit Behinderungen gegeben.

Von besonderem Interesse für das vorliegende Curriculum ist ein hessisches Projekt: Das hessische Sozialministerium, der Beauftragte der Landesregierung für Menschen mit Behinderungen, das Hessische Landesamt für Versorgung und Soziales sowie das Hessische Koordinationsbüro für behinderte Frauen haben gemeinsam ein Fortbildungskonzept für ÄrztInnen, ZahnärztInnen, TherapeutInnen und Praxispersonal mit dem Titel „Menschen mit Behinderung in ärztlicher, zahnärztlicher und therapeutischer Behandlung“ erarbeitet und 2010 veröffentlicht (s. Literatur). In diesem Fortbildungskonzept wird auf verschiedene Behinderungsformen eingegangen sowie auf den Umgang mit Menschen mit Behinderungen. Das Hauptaugenmerk wird auf die barrierefreie Gestaltung von

---

<sup>2</sup> [www.unric.org/html/german/menschenrechte/UDHR\\_dt.pdf](http://www.unric.org/html/german/menschenrechte/UDHR_dt.pdf) (aufgerufen 30.12.10)

Praxen gelegt. Ausführungen hierzu füllen den größten Teil des Fortbildungskonzepts, das in Hessen realisiert werden soll.

Bei keinem der erwähnten Projekte und Initiativen spielt die ICF oder die BRK eine Rolle. Das heißt, dass weder das Verständnis von Behinderung als Wechselwirkung zwischen einem Individuum und seiner Umgebung noch die menschenrechtliche Sichtweise von Behinderung thematisiert werden.

Mit der Bedeutung der Behindertenrechtskonvention für ärztliches Handeln und das Gesundheitswesen hat sich jedoch bereits die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer beschäftigt und ihre Stellungnahme im Februar 2010 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht (s. Literatur). Darin wird unter anderem eine Abkehr von „einem vorrangigen Defizitverständnis von Behinderung“ angemahnt sowie ein Umdenken in vielen Feldern des ärztlichen Handelns verlangt.

## **2. Konsequenz: Fortbildungen von ÄrztInnen**

### **2.1. Modell-Curriculum**

Eine vordringliche Konsequenz aus der Analyse der Ausgangssituation muss es nach Auffassung der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. – ISL sein, ÄrztInnen fortzubilden. In diesem Ansatz wird die ISL e.V. durch die Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer bestärkt (s. oben und Literatur).

Deshalb ist dieses Modell-Curriculum entwickelt worden, das über das hessische Fortbildungskonzept nicht nur aufgrund seiner bundesweiten Ausrichtung hinausgeht. Ein wesentlicher Unterschied zum hessischen Fortbildungskonzept besteht darin, dass ein menschenrechtliches Verständnis von Behinderung vermittelt wird und den ÄrztInnen die Chance eröffnet wird, sich auch mit dem eigenen Menschenbild und dem eigenen beruflichen Selbstverständnis auseinander zu setzen.

Das Modell-Curriculum sollte bundesweit erprobt, evaluiert und daraufhin möglicherweise optimiert werden.

### **2.2. Ziele der Fortbildungen**

Um das gesamte Gesundheitswesen so zu verändern, dass es den Vorgaben der Behindertenrechtskonvention entspricht, bedarf es einer Vielzahl von Maßnahmen.

Ein Quantensprung auf diesem Weg ist aber schon gelungen, wenn es gelingt, niedergelassene ÄrztInnen für einen barrierefreien Praxisalltag zu sensibilisieren. Deshalb sollen mit dieser Fortbildung folgende Ziele erreicht werden:

- Niedergelassene ÄrztInnen werden für die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen sensibilisiert.
- Niedergelassene ÄrztInnen werden für ein menschenrechtliches Verständnis von Behinderung sensibilisiert.
- Die Fachkenntnisse von niedergelassenen ÄrztInnen zu einer diskriminierungsfreien
  - Praxisgestaltung,
  - Praxisorganisation und
  - Behandlung von behinderten Menschen werden optimiert.
- Niedergelassene ÄrztInnen setzen sich mit ihrem Menschenbild und ihrem beruflichen Selbstverständnis auseinander.

Um den Teilnehmenden die Umsetzung in den Praxisalltag zu erleichtern, werden ihnen konkrete Handlungsempfehlungen an die Hand gegeben.

### **2.3. Zielgruppe der Fortbildungen**

Zielgruppe der Fortbildungen sind in erster Linie niedergelassene ÄrztInnen aus dem gesamten Bundesgebiet. Dazu zählen AllgemeinmedizinerInnen, FachärztInnen verschiedener Fachrichtungen sowie ZahnärztInnen.

Bei ausreichenden Kapazitäten spricht nichts dagegen, dass auch ÄrztInnen aus Kliniken, angehende ÄrztInnen, Praxis- und Pflegepersonal an den Fortbildungen teilnehmen.

### **2.4. Inhalte der Fortbildungen**

Entsprechend der Problemfelder (s. unter 1.1.) werden die Teilnehmenden über die Benachteiligungen behinderter Menschen beim Arztbesuch aufgeklärt. Gleichzeitig werden Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt.

#### **I. Achtung und Respekt: Menschenrechtliches Verständnis von Behinderung**

Als übergeordnete Orientierung dient dabei immer die Behindertenrechtskonvention. Deshalb wird das menschenrechtliche Verständnis von Behinderung durch Informationen zu ICF und BRK vermittelt. Dabei spielen die Menschenwürde eines jeden Menschen sowie die besondere Wertschätzung behinderten Lebens durch die BRK eine besondere Rolle.

Für den ärztlichen Praxisalltag lassen sich daraus Handlungsempfehlungen für einen respektvollen Umgang mit behinderten Menschen als ExpertInnen in eigener Sache ableiten. Dazu gehört es beispielsweise, Menschen mit Behinderungen nicht zu duzen, direkt mit ihnen zu sprechen und nicht mit Begleitpersonen. Ein anderes Beispiel ist die Mitnahme von selbst organisierter Assistenz ins

Krankenhaus, die seit 2009 möglich ist. Hier ist es wichtig, dass ÄrztInnen diese Entscheidung respektieren und unterstützen. Ein weiteres Beispiel ist die Akzeptanz von individuellen Wegen: Viele chronische kranke oder behinderte Menschen nutzen alternative Heilmethoden oder Therapien. Dies gilt es zu respektieren.

## **II. Physische Barrierefreiheit**

Hinsichtlich der physischen Barrierefreiheit erhalten die Teilnehmenden Informationen über die relevanten Bauordnungen und die aktuellen DIN-Normen zur Barrierefreiheit (s. Literatur). Sie lernen die Maße von barrierefreien Aufzügen und barrierefreien sanitären Einrichtungen kennen. Sie erhalten aber auch Informationen zu barrierefreiem Praxis- und Behandlungsmobiliar. Dazu gehören ausreichende Bewegungsflächen, höhenverstellbares Behandlungsmobiliar sowie ein Empfangstresen, der entweder nicht höher als 80 cm ist oder eine entsprechende Aussparung aufweist.

Zur physischen Barrierefreiheit gehören aber auch helle Räumlichkeiten und kontrastreiche Markierungen (wichtig für sehbehinderte Menschen).

## **III. Kommunikative Barrierefreiheit**

Die Teilnehmenden lernen die Vorteile und die Notwendigkeit der Leichten Sprache kennen, die besonders für Menschen mit Lernschwierigkeiten wichtig, für alle anderen aber auch angenehm ist. Sie erfahren von Kennzeichen und Grundregeln der Leichten Sprache.

Auch Informationsmaterialien sollten in Leichter Sprache verfasst werden. Im Sinne der Barrierefreiheit sind sie aber auch in alternativen Formaten, beispielsweise als Audioversion und/oder auf CD vorzuhalten.

Gehörlose Menschen haben beim Arztbesuch Anspruch auf Gebärdensprachdolmetschung oder Schriftmittlung. Den Teilnehmenden werden die entsprechenden rechtlichen Grundlagen vermittelt und sie erhalten Tipps zur Organisation solcher Maßnahmen.

## **IV. Behinderungsspezifische Fragestellungen**

Dieser Themenkomplex wird in der Fortbildung zur Sensibilisierung von ÄrztInnen für einen barrierefreien Praxisalltag aus Zeitgründen nur angerissen. Es geht zunächst darum, bei den Teilnehmenden ein Problembewusstsein zu erzeugen. Dabei werden vor allem die Schwierigkeiten geschildert, denen Menschen mit Behinderungen diesbezüglich im Kontakt mit ÄrztInnen begegnen. Beispielsweise herrscht viel Unwissen über Wechselwirkungen zwischen Medikamenten, die aufgrund der Behinderung eingenommen werden, und solchen, die wegen einer akuten Erkrankung verschrieben werden.

Mit den Teilnehmenden gemeinsam werden auch Strategien erarbeitet, wie sie sich bei fachlichen Fragestellungen/Unsicherheiten verhalten können.

## **V. Selbstverständnis von ÄrztInnen (Heilungsfixierung?)**

ÄrztInnen haben oft das Selbstverständnis der Heilenden. In der medizinischen Versorgung von chronisch kranken und behinderten Menschen sind jedoch andere Qualitäten gefragt: Die (lebenslange) Behinderung oder chronische Krankheit eines Menschen muss akzeptiert werden. Die Aufgabe von ÄrztInnen ist es, das Individuum zu begleiten: „... wo der Patient primär in seinem Sosein akzeptiert wird, ohne Erwartung, ohne Ziel, ohne den sowieso unmöglichen individuellen Hilfeplan, nach vorne offen, aber jeder Zeit auf Gelegenheiten wartend, statt primär als eine zu verändernde Substanz aufgefasst zu werden“<sup>3</sup>.

Den Teilnehmenden wird Gelegenheit gegeben, sich mit dem eigenen Selbstverständnis auseinander zu setzen, und es eventuell zu verändern. Dabei spielen auch Themen wie Ressourcenorientierung, Salutogenese sowie eine begleitende, kontinuierliche, bedürfnisorientierte Heil- und Hilfsmittelversorgung eine Rolle.

### **3. Methoden**

Die Fortbildungen werden in einer diskriminierungsfreien Lernsituation angeboten, die auf die Unterstützung der individuellen Persönlichkeitsentwicklung und die Erweiterung der Kenntnisse zur Lebenssituation behinderter und chronisch kranker Menschen abzielt. Dazu gehört es, dass die Sensibilisierung sowohl auf den inhaltlichen als auch auf den strukturellen Ebenen beispielhaft barrierefrei umgesetzt wird. Eine umfassende Barrierefreiheit sowie angemessene Vorkehrungen (beispielsweise Bereitstellung von Gebärdensprachdolmetschung) gewährleisten, dass niemand ausgegrenzt wird.

Als Methoden kommen neben theoretischen Inputs auch Kleingruppenarbeit, Selbsterfahrungs- und Selbstreflexioneinheiten sowie Rollenspiele zum Einsatz. Der Methodenmix zielt darauf ab, ganzheitliches Lernen (nicht nur kognitiv) zu ermöglichen. Die Ebenen des Denkens, des Fühlens und des Handelns werden gleichberechtigt angesprochen.

Die Teilnehmenden der Fortbildung sollen dort abgeholt werden, wo sie sich mit ihren Erfahrungen und Auffassungen befinden. Sie müssen deshalb auch die Gelegenheit erhalten, Vorbehalte gegenüber behinderten und chronisch kranken PatientInnen oder solche gegenüber mündigen PatientInnen offen anzusprechen.

---

<sup>3</sup> Dörner, Klaus (2003), S. 95

## **4. Rahmenbedingungen**

### **4.1. Fortbildungsträger**

Die Fortbildungen können von den Landesärztekammern, aber auch von Universitäten oder Fortbildungsinstituten angeboten werden. Um eine Realisierung des Curriculums zu gewährleisten, sollten in einem zweiten Schritt Zielvereinbarungen mit Ärztekammern angestrebt werden. Dabei ist auch zu prüfen, ob dieses Fortbildungsangebot Bestandteil vorhandener Fortbildungen werden kann.

Die Fortbildungen sollten zertifiziert werden und die Teilnehmenden sollten durch ihre Teilnahme Fortbildungspunkte erhalten können.

### **4.2. Gruppengröße, Orte, Zeitstruktur**

Jede Fortbildung wendet sich an mindestens acht, aber höchstens 16 ÄrztInnen. Sie finden an einem zentral gelegenen Ort der Region statt, der auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar ist.

Die Fortbildungen sind jeweils für einen Tag mit vier Einheiten á 90 Minuten konzipiert. Sie beginnen um 9.30 Uhr und enden um 17.30 Uhr (Musterplanung s. Anlage).

### **4.3. TrainerInnen**

Ein Team von jeweils zwei TrainerInnen leitet die Fortbildungen. Die TrainerInnen sind in Abstimmung mit dem jeweiligen Fortbildungsanbieter für die Inhalte der Fortbildungen verantwortlich. Die TrainerInnen sind inhaltlich kompetent, haben bereits zur Behindertenrechtskonvention gearbeitet und sind mit der Menschenrechtsbildung vertraut. Sie leben selbst mit einer chronischen Krankheit oder Behinderung und fungieren so als Rollenvorbilder.

Anzustreben ist, dass eine/r der TrainerInnen einen medizinischen Hintergrund hat.

### **4.4. Kosten**

Die Kosten für die Fortbildung sind von den jeweiligen Fortbildungsträgern festzulegen.

Die Möglichkeit von Assistenz und Kinderbetreuung (Mitnahme einer Betreuungsperson) ist nach Absprache möglich.

## **5. Literatur**

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hg.), erstellt von Arnade, Sigrid: alle inklusive! Die neue UN-Konvention und ihre Handlungsaufträge. Ergebnisse der Kampagne alle inklusive! Berlin 2009

Bundesärztekammer: Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer: Die neue UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung als Herausforderung für das ärztliche Handeln und das Gesundheitswesen. Deutsches Ärzteblatt, Heft 7, 19. Februar 2010

([www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=68041](http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=68041) - aufgerufen 28.12.2010)

Deutscher Ärztetag: Ärztliche Fortbildung. Beschlussprotokoll des 107. Deutschen Ärztetages, Bremen 2004

(<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.2054.2143.2148&all=true> - aufgerufen 30.12.2010)

Deutscher Ärztetag: Gesundheit und soziales Teilhabe von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung in unserer Gesellschaft. Entschließung auf dem 112. Deutschen Ärztetag 2009

([www.arzt.de/page.asp?his=0.2.6499.7184.7297.7298](http://www.arzt.de/page.asp?his=0.2.6499.7184.7297.7298) - aufgerufen 28.12.2010)

Deutscher Ärztetag: Berliner Papier zur medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen. Entschließung auf dem 112. Deutschen Ärztetag 2009

([www.arzt.de/page.asp?his=0.2.6499.7184.7297.7299](http://www.arzt.de/page.asp?his=0.2.6499.7184.7297.7299) - aufgerufen 28.12.2010)

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information – DIMDI (Hg.): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF. WHO, Genf 2005 (die englischsprachige Originalausgabe wurde 2001 von der WHO veröffentlicht)

([www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf\\_endfassung-2005-10-01.pdf](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf) – aufgerufen 28.12.2010)

Deutsches Institut für Normung e.V. – DIN 18040-1: Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen – Teil 1: Öffentlich zugängliche Gebäude. Berlin 2010

Deutsches Institut für Normung e.V. – DIN 32975: Gestaltung visueller Informationen im öffentlichen Raum zur barrierefreien Nutzung. Berlin 2009

Dörner, Klaus: Chronisch kranke Menschen - von der Medizin in ihrer Eigenart verkannt. In: Graumann, Sigrid und Katrin Grüber (Hg.): Medizin, Ethik und Behinderung. Beiträge aus dem Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft. Mabuse-Verlag, Frankfurt a.M. 2003

Frehe, Horst: Teilhabekonzepte: Die Theorie der Anerkennung und die Belange behinderter Menschen - eine juristisch-politische Perspektive. Vortrag auf der Fachtagung der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland (ISL e.V.) in Berlin am 3. April 2009

Hessisches Netzwerk behinderter Frauen (Hg.): Die gesundheitliche Versorgung von Frauen mit Behinderung. Dokumentation der Fachtagung im Dezember 2006 im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim. Kassel 2007

([www.fab-kassel.de/download/Die%20gesundheitliche%20Versorgung%20von%20Frauen%20mit.pdf](http://www.fab-kassel.de/download/Die%20gesundheitliche%20Versorgung%20von%20Frauen%20mit.pdf) – aufgerufen 29.12.2010)

Hessisches Sozialministerium (Hg.): Menschen mit Behinderung in ärztlicher, zahnärztlicher und therapeutischer Behandlung. Fortbildungskonzept für Ärztinnen, Ärzte, Zahnärztinnen, Zahnärzte, Therapeutinnen, Therapeuten und Praxispersonal. Wiesbaden 2010

([www.fab-kassel.de/hkbf/download/Fortbildungskonzept\\_Praxen.pdf](http://www.fab-kassel.de/hkbf/download/Fortbildungskonzept_Praxen.pdf) – aufgerufen 29.12.2010)

NETZWERK ARTIKEL 3 e.V.: Schattenübersetzung. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Behindertenrechtskonvention - BRK. 2. Auflage, 2010

([www.netzwerk-artikel-3.de/attachments/093\\_schattenubersetzung-endgs.pdf](http://www.netzwerk-artikel-3.de/attachments/093_schattenubersetzung-endgs.pdf) – aufgerufen 29.12.2010)

Netzwerkbüro Frauen und Mädchen mit Behinderung und chronischer Erkrankung NRW: „Lebensbedingungen und Lebenseinstellungen von Frauen und

Mädchen mit Behinderung in NRW“. Zusammenfassende Auswertung zur Befragung des Netzwerkbüros Frauen und Mädchen mit Behinderung in NRW. Münster 2001-2002

Pro Familia Bundesverband: Gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderung. Dokumentation des Fachgesprächs zu „Qualitätsstandards für die ambulante gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderung und rechtliche Grundlagen für ihre Durchsetzung“. Frankfurt a.M. 2008

Weiberzeit, April 2004. Schwerpunktheft zum Thema Gesundheit. Zeitung des Projektes „Politische Interessenvertretung behinderter Frauen“ des Weibernetz e.V. Kassel 2004

## **6. Impressum**

Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. – ISL  
Krantorweg 1  
D – 13503 Berlin  
Tel.: +49(0)30 4057 1409  
Fax: +49(0)30 4057 3685  
info@isl-ev.de  
www.isl-ev.de

V.i.S.d.P. Dr. Sigrid Arnade

Berlin, Dezember 2010

© ISL e.V.

### Anhang: Musterplanung einer Fortbildung zur Sensibilisierung von ÄrztInnen für einen barrierefreien Praxisalltag

<b>Zeit</b>	<b>Inhalt</b>	<b>Methode</b>	<b>Material</b>	<b>Minuten</b>
09.30 – 10.00	Begrüßung, Vorstellung der TrainerInnen und der Teilnehmenden	Unterschiedliche Methoden des Beginns, z. B. das Soziogramm oder Namensspiele		30
10.00 – 10.15	Einführung in das Thema, Zieldefinition	Vortrag mit Diskussion		15
10.15 – 10.30	Erwartungsklä rung	Einzelarbeit, was möchte ich an Kompetenzen dazu gewinnen	Moderations-Wolken	15
10.30 – 11.00	Theoretischer Input zur Behindertenrechtskonvention	Vortrag mit Diskussion	Laptop, Beamer	30
11.00 – 11.30	Pause			30
11.30 – 12.00	Rechtliche Regelungen wie Verordnungen außerhalb des Regel-falles, Beförderung oder Förderung von Kommunikationshilfen usw.	Diskussion und Wissensabgleich, Theoretischer Input	Unterschiedliche Materialien, Laptop, Beamer	45
12.00 – 13.00	Was bedeutet physische und kommunikative Barrierefreiheit in der Praxis?	Diskussion und Wissensabgleich, Theoretischer Input	Laptop, Beamer	45
13.00 – 14.00	Pause			60

<b>Zeit</b>	<b>Inhalt</b>	<b>Methode</b>	<b>Material</b>	<b>Minuten</b>
14.00 – 14.45	Sensibilisierung	Aufgaben evtl. in realen Umweltmustern	Rollstühle, „Altersanzug“ untersch. Brillen, die untersch. Augenerkrankungen darstellen etc.	45
14.45 – 15.15	Auswertung des Sensibilisierungstrainings, Übertragbarkeit in den Praxisalltag	Kleingruppen, Vorstellung in der Gruppe	Moderationskarten, Papier, Marker	30
15.15 – 15.30	Behinderungsspezifische Fragestellungen	Input und Diskussion	Laptop, Beamer	15
15.30 – 16.00	Pause			15
16.00 – 16.30	Begleitende Medizin: Abgleich Standards für Akut- und Palliativmedizin	Vortrag mit Diskussion	Moderationskarten Laptop, Beamer	30
16.30 – 17.15	Selbsterfahrung zum Arzt-Patient-Verhältnis	Rollenspiele		45
17.15 – 17.30	Tages-Zusammenfassung	Gesamtgruppe	Postkarten	15
Begleitend	Evaluation	Abfrage per Fragebogen	Fragebogen	